



Au coeur des données sur la santé —
rapport annuel 2009-2010 de l'Institut
canadien d'information sur la santé

Avril 2010



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Table des matières

Message du président-directeur général	2
Message du président du Conseil d'administration	3
Survol de l'ICIS	4
Nos réalisations	8
Données plus nombreuses et de meilleure qualité	9
Des analyses pertinentes et exploitables	14
Compréhension et utilisation améliorées	19
Protection des renseignements personnels	24
Notre organisme	25
Perspectives	26
Des données plus nombreuses et de meilleure qualité	26
Analyses pertinentes et exploitables	27
Compréhension et utilisation des données	27
Analyse de la direction	28
Résultats expliqués par la direction	30
Gestion des risques	32
Données à l'œuvre	34
Les données de l'ICIS : aider les hôpitaux à réduire les taux de mortalité	34
Les indicateurs de l'ICIS : mettre en pratique l'évaluation de la qualité	36
Les données de l'ICIS : au service des victimes d'une fracture de la hanche	38
Les données de l'ICIS : contribuent à la création d'un continuum des soins pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)	40
États financiers	



Introduction

Dans un pays immense comme le Canada, où chaque province et territoire assure sa propre compétence en matière de santé, il n'est pas toujours aisé de brosser un portrait global du système de santé et de comprendre les liens entre les parties et comment elles se comparent entre elles. Chaque jour, dans les petites régions sanitaires éloignées comme dans les grands hôpitaux universitaires urbains, des données sont tirées de chacune des parties de ce système vaste et complexe.

Nous savons que les données servent à améliorer la qualité des soins, à planifier les services offerts, à mesurer le rendement, à effectuer des études de faisabilité, à mettre en commun des expériences et à mettre en pratique les leçons apprises. Toutes ces activités forment une chaîne liant les données aux processus décisionnels et au savoir.

C'est ici que l'ICIS entre en scène. En effet, notre organisme contribue à interrelier des données recueillies partout au pays pour brosser un portrait global de notre système de santé. Nos pratiques aident nos partenaires à mieux cerner ce qui fonctionne bien ainsi que les points qui gagnent à être améliorés, au bénéfice de tous les Canadiens et de ce qu'ils chérissent le plus : leur santé et celle de leur famille.

Message du président-directeur général



À l'ICIS, nous sommes conscients du pouvoir des nombres. Les données regorgent d'informations capitales. Nous savons aussi que leur pouvoir est démultiplié lorsque nous parvenons à dégager des liens entre elles.

Toutes les régions sanitaires du pays recueillent des données, mais c'est parce que ces dernières sont recueillies à l'échelle nationale de manière uniforme qu'il est possible de faire des comparaisons valides entre les provinces, les régions et les hôpitaux. Cette perspective pancanadienne est essentielle à la conduite de notre système de santé en ce qu'elle permet à nos intervenants de mettre en commun leurs pratiques exemplaires et de cerner les secteurs exigeant leur attention et leur énergie.

Pour que des données débouchent sur des actions concrètes, il faut mettre en place des éléments de comparaison, des jalons et, si possible, des normes fondées sur des données probantes, de façon à mettre en contexte cette information et lui donner un sens. Voilà la contribution de l'ICIS : nous nous efforçons d'établir des normes supérieures en matière de collecte de données et d'évaluer régulièrement et rigoureusement notre travail. Il s'agit d'un élément crucial à l'atteinte de notre mandat, qui est de fournir de l'information opportune, exacte et comparable servant à éclairer les politiques sur la santé, à soutenir la prestation des services de santé et à sensibiliser les Canadiens aux facteurs contribuant à une bonne santé.

Voilà pourquoi nous nous sommes imposés des normes rigoureuses. En effet, nous avons établi cette année de nouvelles mesures et cibles de rendement afin d'évaluer nos progrès en fonction de priorités bien précises. Ainsi, il nous faut encore davantage répondre de nos actions. Comme vous le constaterez à la lecture du présent rapport, nous sommes parvenus haut la main à atteindre les objectifs que nous nous étions fixés. Nous avons mis en œuvre de nouveaux systèmes de déclaration des données et favorisé leur adoption. Nous avons élaboré de nouveaux produits analytiques liés à la grippe H1N1 et aux isotopes médicaux pour répondre aux préoccupations de nos intervenants. Nous avons lancé un projet pilote visant à comparer le rendement des hôpitaux canadiens, y compris des mesures de leurs résultats cliniques et de leur santé financière.

Nous nous devons de savoir ce que nos intervenants pensent de notre travail. C'est pourquoi nous avons mené cette année un grand sondage sur la satisfaction de la clientèle. Bien que, dans l'ensemble, les résultats aient été favorables, nous sommes conscients que nous devons nous rapprocher de nos clients et perfectionner notre gamme de produits et de services. Par rapport à l'année dernière, nous avons beaucoup progressé. Nous avons jeté les bases de plusieurs initiatives qui seront lancées l'année prochaine, dont la reconfiguration de notre site Web et une stratégie globale en matière de formation. Nous avons également commencé à élaborer une nouvelle stratégie axée sur la clientèle qui permettra d'harmoniser toutes nos initiatives.

Afin de demeurer une référence fiable pour les données pancanadiennes de qualité sur la santé, nous devons mettre ces données à la disposition de ceux qui en ont besoin le plus rapidement possible. Le système de santé fonctionne jour et nuit, 365 jours par année. Il ne prend pas de temps d'arrêt. C'est notre mission de veiller à ce que l'information nécessaire pour le diriger fasse de même. Comme toujours, nous nous faisons un devoir de faire ressortir des liens entre les données recueillies et de fournir des produits et des services à valeur ajoutée aux intervenants des échelons provincial, territorial et fédéral.

John Wright

Message du président du Conseil d'administration



Étant donné la récession de l'année dernière, la plupart des gouvernements du Canada sont maintenant confrontés à des déficits et doivent se serrer la ceinture. Les soins de santé, qui constituent 40 % des dépenses publiques, sont dans la mire des gouvernements, qui cherchent divers moyens de réduire les coûts.

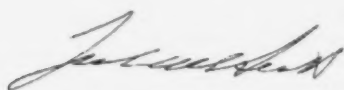
Lorsque l'argent se fait rare et qu'on veut s'assurer de prendre de bonnes décisions, des données fiables et de qualité se révèlent d'autant plus cruciales. Année après année, les données de l'ICIS aident les décideurs et les gestionnaires du système de santé à y voir plus clair au chapitre des dépenses, des secteurs où la croissance est la plus rapide et des améliorations à apporter.

Les données aident aussi les Canadiens à déterminer le retour sur leur investissement. En effet, il ne fait aucun doute que les données de l'ICIS sont parvenues à démontrer que les investissements en soin de santé au cours des 10 dernières années ont apporté à la population davantage de services, particulièrement en matière de réduction des temps d'attente dans les secteurs prioritaires. La réorganisation des services professionnels et l'instauration de mesures incitatives visant les médecins ont fait doubler le nombre d'arthroplasties de la hanche pratiquées dans le système public. Notre capacité d'imagerie et de traitement du cancer par radiothérapie a aussi augmenté, notre système disposant désormais de 300 % plus d'appareils d'IRM et de 70 % plus d'appareils de TDM. La déclaration plus systématique des temps d'attente aidant, nous avons observé une diminution des temps d'attente pour les chirurgies de la cataracte, les pontages aortocoronariens et les arthroplasties dans la plupart des provinces où des tendances se dégagent.

Pouvons-nous encore améliorer le système? Absolument! Les données jouent un rôle de premier plan pour déterminer quels modèles de soins permettent d'optimiser les ressources des Canadiens qui souhaitent obtenir des services de qualité supérieure à des prix raisonnables. Les investissements dans le développement produisent des résultats tangibles.

Nul ne songerait à gérer une entreprise sans s'appuyer sur de solides données sur le rendement. Il en va de même pour le système de santé. Pour réduire les coûts, encore faut-il comprendre ce qui les entraîne. Il faut aussi savoir en quoi on se compare aux autres. Ce sont les données qui nous permettent de tirer des leçons de l'exemple d'autrui et de surveiller l'incidence de nos améliorations. De meilleures technologies de l'information, particulièrement les dossiers de santé électroniques, peuvent nous aider à réduire le gaspillage et à éviter le dédoublement des services. Parce qu'elles nous permettent d'observer l'utilisation que font les patients du système de santé dans son ensemble, les dossiers de santé électroniques recèlent un énorme potentiel en matière de pratiques exemplaires, de sujets de recherche clinique, de planification des ressources, d'observation des résultats et de dépistage des événements indésirables.

Certes, il faut un investissement majeur au départ, mais si nous devons nous serrer la ceinture, faisons-le de manière telle que nous ne le regretterons pas. Il est impératif de faire une place importante aux données dans ce processus.



Graham W. S. Scott

Survol de l'ICIS

Qui nous sommes

Établi en 1994, l'ICIS est un organisme autonome et sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé au Canada et sur la santé des Canadiens. Financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, il est dirigé par un conseil d'administration composé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.



Notre vision

L'ICIS a pour objectif de contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et du bien-être des Canadiens en étant une source fondamentale d'information objective, crédible et comparable qui permet aux dirigeants du système de santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Ce que nous faisons

L'ICIS collabore avec les intervenants pour créer et entretenir un large éventail de bases de données, de mesures et de normes en matière de santé. À partir des données qu'il recueille et d'autres sources, il produit des rapports et effectue des analyses. L'ICIS aide également les intervenants à mieux comprendre et employer, pour leurs décisions courantes, les données et les analyses qu'il produit. Tout ce travail est accompli de manière à servir les Canadiens, tout en garantissant la protection de leur vie privée.

Nos clients

L'ICIS produit de l'information et des analyses qu'il met à la disposition, entre autres, des intervenants du système de santé. Au moment d'établir les priorités parmi les besoins des intervenants, nous nous concentrons sur les hauts fonctionnaires et tous ceux qui participent à l'élaboration des politiques en matière de santé, les personnes de première ligne qui dirigent, gèrent et planifient la prestation de services de santé et le grand public. Nous appuyons également les personnes qui utilisent les données à des fins de recherche sur la santé et les services de santé, les professionnels de la santé et le personnel chargé des dossiers de santé qui participent à la collecte de données et les universitaires qui contribuent à la formation des futurs chefs de file du secteur de la santé.

Bureaux

Contactez l'ICIS

ICIS Ottawa

495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002
Télécopieur : 416-481-2950

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100
Télécopieur : 250-220-7090

ICIS Edmonton

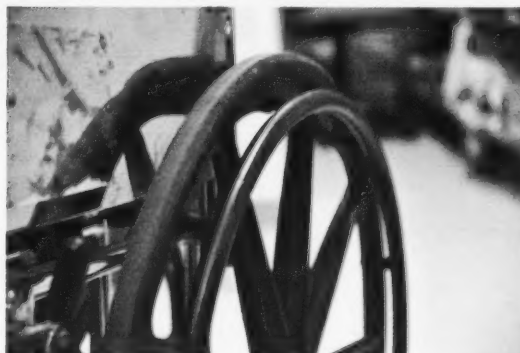
10235, rue 101 Nord-Ouest, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1
Téléphone : 780-409-5438
Télécopieur : 780-421-4756

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226
Télécopieur : 514-842-3996

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone: 709-576-7006
Télécopieur: 709-576-0952



Conseil d'administration

Président du Conseil d'administration

M. Graham W. S. Scott, C.M., c.r.

Président, Graham Scott Strategies, Inc.
Avocat, McMillan Binch Mendelsohn, LLP
(Toronto, Ontario)

Région 1 — Colombie-Britannique et Yukon

M. John Dyble

Sous-ministre, ministère des Services de santé
de la Colombie-Britannique
(Victoria, C.-B.)

M. Howard Waldner

Président-directeur général, Autorité sanitaire
de l'Île-de-Vancouver
(Victoria, C.-B.)

Région 2 — Prairies, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Dr Brian Postl

Vice-président du Conseil d'administration
Président-directeur général, Office régional
de la santé de Winnipeg
(Winnipeg, Manitoba)

Dr Chris Eagle

Premier vice-président, Quality and
Service Improvement
Alberta Health Services
(Calgary, Alberta)

Région 3 — Ontario

M. Kevin Empey

Chef de la direction, Lakeridge
Health Corporation
(Toronto, Ontario)

M. Saâd Rafi

Sous-ministre de la Santé et des Soins
de longue durée
(Toronto, Ontario)

Région 4 — Québec

M. Denis Lalumière

Sous-ministre adjoint, Planification stratégique,
évaluation et qualité, ministère de la Santé
et des Services sociaux
(Montréal, Québec)

Dr Luc Boileau

Président-directeur général, Institut national
de santé publique du Québec
(Québec, Québec)

Région 5 — Atlantique

M. Don Ferguson

Sous-ministre de la santé, gouvernement
du Nouveau-Brunswick
(Fredericton, Nouveau-Brunswick)

Mme Alice Kennedy

Chef des opérations, Long Term Care,
Autorité sanitaire régionale de l'Est,
Terre-Neuve-et-Labrador
(St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador)

Canada — membre à titre particulier

Dr Marshall Dahl

Consultant en endocrinologie, Hôpital et Centre
des sciences de la santé de Vancouver
(Vancouver, C.-B.)

Dr Vivek Goel

Président et chef de la direction, Agence
ontarienne de protection et de promotion
de la santé
(Toronto, Ontario)

Président, Conseil de l'ISPC

Dr Cordell Neudorf

Médecin en chef, Région sanitaire
de Saskatoon
(Saskatoon, Saskatchewan)

Santé Canada

Mme Karen Dodds

Sous-ministre adjointe de la santé
(Ottawa, Ontario)

Statistique Canada

M. Munir Sheikh

Statisticien en chef du Canada
(Ottawa, Ontario)

Haute direction

Louis Barré

Vice-président, Stratégie, Planification
et Relations externes

Jean-Marie Berthelot

Vice-président, Programmes

Jack Bingham

Directeur exécutif, Ontario

Elizabeth Blunden

Directrice, Ressources humaines
et Administration interne

Lorraine Cayer

Directrice, Finances

Anne Cochrane

Directrice, Communications et
Relations externes

Cathy Davis

Directrice intérimaire, Services d'information
sur les soins ambulatoires et de courte durée

Brent Diverly

Directeur, Services d'information sur les soins
spécialisés et de longue durée

Mark Fuller

Directeur, Architecture, Planification et Normes

Jean Harvey

Directrice, Initiative sur la santé de
la population canadienne

Kim Harvey

Directrice, Applications et Services Web

Michael Hunt

Directeur, Services d'information sur les
produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre
de la santé

André Lalonde

Directeur exécutif, Planification et Gestion
de la qualité

Kira Leeb

Directrice, Analyse des systèmes de santé

Mimi Lepage

Chef de la protection des renseignements
personnels et avocate-conseil

Anne McFarlane

Vice-présidente, Région de l'Ouest et Initiatives
de développement

Kathleen Morris

Chef, Questions émergentes

Scott Murray

Chef des services de technologie

Louise Ogilvie

Vice-présidente, Service administratifs

Steve O'Reilly

Directeur exécutif, Région de l'Atlantique

Indra Pulcins

Directrice, Indicateurs et Mesure du rendement

Francine Anne Roy

Directrice, Information sur les ressources
de santé

Jeremy Veillard

Vice-président, Recherche et Analyse

Greg Webster

Directeur, Initiatives sur les soins
de santé primaires

Douglas Yeo

Directeur, Qualité des données, Groupes clients
et Méthodologie

Nos réalisations



Il y a quelques années, nous avons procédé à de vastes consultations auprès de nos partenaires en soins de santé partout au pays afin de déterminer leurs besoins prioritaires en information. En nous fondant sur nos observations, nous avons élaboré un plan stratégique de quatre ans pour orienter nos efforts jusqu'à la fin mars 2012. Voici ces orientations stratégiques :

- **Données plus nombreuses et de meilleure qualité** : Nous nous efforcerons d'améliorer la portée, la qualité et l'actualité de nos banques de données.
- **Analyses pertinentes et exploitables** : Nous continuerons de produire une information et des analyses de qualité qui soient pertinentes et puissent se traduire en actions concrètes.
- **Compréhension et utilisation** : Nous collaborerons avec nos partenaires afin de les aider à mieux comprendre et utiliser nos données et analyses. Nous le ferons en temps opportun et dans le respect de la confidentialité.

Au cours de l'année dernière, nous avons cheminé vers la réalisation de ce plan ambitieux. Mais pour marquer des progrès, encore faut-il parvenir à les mesurer, particulièrement au sein d'un organisme axé sur les données. C'est pourquoi le rapport annuel de cette année fait état d'un nouvel ensemble de cibles et de mesures de rendement visant des initiatives prioritaires s'inscrivant dans nos orientations stratégiques.

Globalement, nous avons avancé à grands pas : nous avons atteint, voire dépassé, de nombreux objectifs et les autres sont sur la bonne voie. Dans la présente section, vous en apprendrez davantage sur nos objectifs prioritaires et les méthodes employées pour les atteindre. En outre, nous aborderons les nouveaux indicateurs correspondant à chacune des orientations stratégiques.

Données plus nombreuses et de meilleure qualité

Des données fiables et de qualité sont un avantage pour tout organisme. Elles deviennent un atout encore plus important lorsque l'information sur la santé constitue votre activité principale. L'information que nous obtenons aide à la prise de décisions concernant le système de santé, et nous prenons cette responsabilité à cœur. En vertu de nos orientations stratégiques, nous avons pris l'engagement auprès de nos intervenants d'étendre la portée de nos 27 banques de données et d'en améliorer la qualité. Voici où nous en sommes :



Améliorer et élargir les banques de données existantes

Nous avons fait d'énormes progrès cette année au chapitre de l'élargissement et de l'actualisation de notre Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), qui comprend des données sur les services d'urgence et les cliniques de consultation externe. Nous continuons de recevoir des données

de tous les établissements de soins de courte durée de l'Ontario, et pour la première fois cette année, l'Office régional de la santé de Winnipeg, qui couvre environ 75 % des activités des services d'urgence du Manitoba, a commencé à alimenter la base de données. Tous les établissements albertains sont sur le point d'en faire autant et deux établissements de la Saskatchewan ont signé un accord en ce sens. Le Québec envisage de faire de même.

En raison du vieillissement de la population, il est plus important que jamais de bien comprendre les caractéristiques, les types de soins et leurs effets sur les personnes recevant des soins de longue durée à domicile, dans les hôpitaux et les établissements de soins en hébergement. Le nombre total d'établissements qui soumet régulièrement des données au Système d'information sur les soins de longue durée a plus que doublé. Notre Système d'information sur les services à domicile a aussi continué de croître, comptant désormais plus de 600 000 évaluations de clients de services à domicile de partout au pays.

Devant l'intérêt grandissant pour des données comparables sur les coûts, nous avons élargi la Base de données canadienne SIG afin d'accroître la fréquence de déclaration des données et ainsi présenter aux provinces et territoires des données d'analyse encore plus actuelles et pertinentes.

Afin de tendre vers notre objectif de fournir des données nationales normalisées sur les professionnels de la santé, outre les médecins et le personnel infirmier, nous avons publié cette année des données tirées de deux de nos bases les plus récentes sur les ressources humaines en santé, à savoir la Base de données sur les technologistes de laboratoire médical et la Base de données sur les technologues en radiation médicale.

Explorer de nouveaux champs et faire preuve de leadership en matière de normes sur les données



Les incidents médicamenteux comptent parmi les événements indésirables les plus souvent relevés au sein du système de santé canadien. Réduire la fréquence de ce type d'incidents est donc devenue une priorité au chapitre de la sécurité des patients. Depuis la fin de 2008, notre Système national de déclaration des accidents et incidents recueille les données de 18 hôpitaux canadiens. À ce jour, plus de 3 000 incidents médicamenteux ont été répertoriés. Le système sera déployé à plus vaste échelle à compter de l'automne 2010.

Pour nos intervenants, les soins de santé primaires sont un secteur qui prend de plus en plus d'importance. En effet, prodiguer davantage de soins en première ligne aux patients permet de réduire les complications ultérieures. De plus en plus, les dispensateurs de soins de santé primaires se servent des dossiers médicaux électroniques (DME) pour améliorer la gestion et la prévention des maladies chroniques au niveau clinique. Les données des DME normalisés peuvent aussi contribuer à l'amélioration et à l'efficacité des mesures du rendement et de la prestation des soins de santé primaires sur plusieurs plans. À ce chapitre, nous avons collaboré avec l'ensemble des provinces et territoires du pays ainsi qu'avec Inforoute Santé du Canada en vue de déterminer les normes de contenu les plus appropriées pour implanter des DME à l'heure actuelle et cerner toute difficulté éventuelle liée à l'adoption d'un tel système. Cette initiative revêt une grande importance pour nos partenaires provinciaux et territoriaux, puisqu'elle contribuera à réduire le dédoublement d'initiatives liées au développement, au test et au maintien des normes de contenu des DME. La création d'autres sources de données en soins de santé primaires se fait aussi sous notre égide.

Avec la création d'un système national de dossiers de santé électroniques (DSE), nous nous efforçons d'optimiser le potentiel de ces sources de données afin qu'elles reflètent les besoins du système de santé. Cela renvoie à l'utilisation des données des dossiers électroniques à l'échelle du pays pour les programmes cliniques et la gestion du système de santé, le suivi de la santé du public et la recherche, toutes ces composantes permettant d'améliorer les soins aux patients et les résultats pour la santé. L'ICIS, Inforoute Santé Canada et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent pour tirer le maximum des investissements actuels et futurs afin d'atteindre cet objectif. Dans le cadre de ce plan d'ensemble, nous élaborons des pratiques exemplaires sur l'anonymisation des données, mettons sur pied le Réseau d'échange de connaissances et cherchons à créer des normes communes en matière de données sur les soins de santé primaires recueillies dans les DME. Nous avons également organisé des groupes de réflexion et effectué des sondages pour mieux saisir les difficultés et possibilités que suscite l'utilisation accrue des données des DSE.



Améliorer la qualité et l'actualité de nos études

En matière de données, si la quantité est importante, la qualité est essentielle, car notre mandat exige que nous offrions des données fiables et comparables. C'est pourquoi nous avons renforcé notre Cadre de la qualité des données. Il comprend un outil d'évaluation des banques de données, suivant un modèle adopté par de nombreux organismes au Canada et dans le monde.


Nous avons amélioré les rapports annuels sur la qualité des données à l'intention des sous-ministres et avons devancé leur publication d'un mois. Préparés de concert avec Statistique Canada, ces rapports donnent un aperçu de l'ampleur et de l'actualité de la soumission des données par les provinces et territoires. Nous avons aussi fourni à nos intervenants des renseignements pertinents découlant d'études sur la qualité des données provenant de la Base de données sur les congés des patients et du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes pour les aider à évaluer la qualité de leurs propres données.

Dans le cadre du remaniement du SNISA, nous avons élaboré de nouveaux indicateurs sur les services d'urgence et, en juillet dernier, nous avons publié nos premiers rapports fondés sur ces indicateurs dans les trois semaines suivant la fin du mois. Nous avons aussi travaillé au remplacement des rapports trimestriels du SNISA, dont la publication peut à l'heure actuelle prendre jusqu'à quatre mois après la fin d'un trimestre. Nos rapports du SNISA remaniés, qui seront accessibles en juin 2010, seront cumulatifs et publiés mensuellement afin de fournir des données comparatives dans les trois semaines suivant la fin du mois.

Données plus nombreuses et de meilleure qualité : mesures du rendement

Dans le cadre du rapport de fin d'exercice de l'ICIS, le tableau ci-dessous illustre les progrès de l'ICIS vers l'atteinte des objectifs prioritaires établis dans le budget et plan d'exploitation de l'exercice 2009-2010. De façon générale, les résultats montrent une bonne progression : de nombreux objectifs ont déjà été atteints ou surpassés.

Accroître les données sur les services d'urgence

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Nombre de sites, d'établissements et de provinces et territoires qui soumettent des abrégés des services d'urgence au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (par niveau de déclaration)	Maintenir le niveau actuel de participation à la soumission d'abrégés des services d'urgence de niveau 3. Au moins 20 nouveaux sites ou établissements de deux provinces ou territoires soumettront des abrégés des services d'urgence.	Niveau actuel de participation à la soumission d'abrégés des services d'urgence de niveau 3 maintenu Ontario : 128 sites de 83 sociétés soumettant des données de niveau 1 Manitoba : données soumises depuis février 2010 par tous les établissements avec service d'urgence dans l'office régional de la santé de Winnipeg (six établissements de niveau 1, un de niveau 3), représentant environ 75 % des activités des services d'urgence de la province
Pourcentage de toutes les visites aux services d'urgence pour lesquelles un abrégé a été soumis au SNISA (par niveau de déclaration)	40 % de toutes les visites aux services d'urgence pour lesquelles un abrégé est soumis au SNISA (données de niveau 1 ou 3)	Au 31 mars 2010, les abrégés de 38 % des visites aux services d'urgence ont été soumis au SNISA (données de niveau 1 ou 3). 

Accroître les données sur les services à domicile

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Nombre de provinces ou territoires participant au Système d'information sur les services à domicile (SISD)	Cinq provinces ou territoires participant au SISD	Cinq provinces ou territoires (Colombie-Britannique, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Ontario, Yukon)
Nombre de régions régionales de la santé soumettant des données RAI-HC au SISD	30 régions régionales de la santé soumettant des données RAI-HC	30 régions régionales de la santé soumettant des données RAI-HC

Accroître les données sur les soins de longue durée

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Nombre de provinces ou territoires participant au Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)	Six provinces ou territoires participant au SISLD	Six provinces ou territoires (Colombie-Britannique, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Ontario, Yukon, Terre-Neuve-et-Labrador)
Nombre d'établissements ou de centres de soins de longue durée soumettant des données RAI-MDS 2.0 au SISLD	800 établissements ou centres de soins de longue durée soumettant des données RAI-MDS 2.0	839 établissements ou centres de soins de longue durée soumettant régulièrement des données (exclut les soumissions de données historiques ou non liées à l'exploitation)

Accroître les données pharmaceutiques

Mesure du rendement

Objectifs pour 2009-2010

2009-2010
(au 31 mars 2010)

Nombre de provinces ou territoires soumettant des données à la base de données Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

Au moins une nouvelle province ou un nouveau territoire soumettra des données sur l'utilisation des médicaments à la base de données SNIUMP.

L'Ontario s'est engagé à fournir à l'ICIS des données sur les demandes de remboursement des médicaments à compter du 1^{er} trimestre de 2010-2011.

Des progrès considérables ont été réalisés dans l'élaboration d'une entente de partage de données avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI).

Comblir les lacunes en matière de données sur les services communautaires en santé mentale

Mesure du rendement

Objectifs pour 2009-2010

2009-2010
(au 31 mars 2010)

Aucune mesure du rendement établie (voir les produits livrables clés pour 2009-2010)

Terminer le projet visant à explorer les occasions de répondre aux besoins en matière de données sur les services communautaires en santé mentale.

Développer un prototype de base de données pour une ou deux provinces (ou territoires) afin d'illustrer les types de rapports, d'indicateurs et de processus de contrôle de la qualité pouvant être intégrés à un système d'information sur la santé mentale.

Portée et nature du dépôt de données à préciser en 2010-2011, en fonction des résultats des projets pilotes réalisés à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario, et consultations avec l'ICIS sur les données et l'information

Améliorer la qualité et l'utilisation des données financières et liées aux coûts

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Aucune mesure du rendement établie (voir les produits livrables clés pour 2009-2010)	<p>Élaborer un fichier de données visant à faciliter l'analyse et le processus de demandes de données de clients externes.</p> <p>Élaborer des tableaux interactifs en ligne fournissant des estimations de coûts pour des groupes d'intervention et de diagnostics particuliers.</p> <p>Entreprendre la création d'une base de données sur les coûts par patient (dont le lancement est prévu pour avril 2011).</p>	<p>Élaboration du fichier de données terminée</p> <p>Tableaux interactifs en ligne mis au point et fournissant des estimations des coûts pour des groupes d'intervention et de diagnostics particuliers</p> <p>Travaux préparatoires terminés, projet en suspens</p>

Des analyses pertinentes et exploitables

Au cours de la dernière année, nous avons poursuivi notre travail visant à accroître la portée et l'exhaustivité des analyses et des rapports tirés de toutes nos banques de données. Nous avons élaboré et lancé plus de 38 produits analytiques, notamment des rapports sur des thèmes prioritaires comme l'accès et la qualité des soins, les temps d'attente, les résultats pour la santé et la continuité des soins, ainsi que des études spéciales sur les coûts et la sécurité des patients.

Pour être pertinentes et exploitables, les analyses doivent être publiées en temps opportun. Cette année, la grippe H1N1 s'est révélée la première pandémie de grippe en plus de 40 ans. En février dernier, une fois la deuxième vague terminée, notre Division des questions émergentes a publié une analyse (au demeurant fort bien reçue) comparant, d'après des données de surveillance de la santé publique, les hospitalisations liées à la grippe H1N1 à celles liées à une grippe ou à une pneumonie dans une saison grippale ordinaire. Cette analyse a aidé nos intervenants à mieux évaluer les répercussions de la pandémie sur le système de santé.

Au printemps 2009, le réacteur nucléaire de Chalk River en Ontario a fermé ses portes afin de subir des réparations, ce qui n'a pas manqué de susciter une certaine inquiétude partout sur la planète.



Les manchettes ont ainsi évoqué une éventuelle pénurie d'isotopes médicaux aux fins d'imagerie. À la demande de nos intervenants, nous avons procédé à un sondage en ligne et organisé des groupes de réflexion sur le sujet afin de faire la lumière sur les répercussions de la pénurie d'isotopes Tc-99m sur les soins de santé canadiens. Les résultats de ces initiatives ont paru en 2010-2011, à peine sept mois après leur lancement.

Étant donné l'intérêt croissant des provinces et territoires à l'égard des mesures et des analyses comparatives du rendement des hôpitaux, nous avons mené un projet concluant qui avait pour but de produire des rapports

comparatifs sur le rendement des hôpitaux à l'échelle pancanadienne. Ces rapports se fondent sur des indicateurs qui mesurent notamment les soins et les résultats cliniques ainsi que le rendement financier. De plus, nous continuons de collaborer avec nos partenaires clés de Statistique Canada en vue d'élaborer, de compiler et de diffuser de nouveaux indicateurs améliorés à l'échelle des régions sanitaires.

En janvier, nous avons lancé une nouvelle génération d'indicateurs à l'intention des hôpitaux de soins de longue durée et des établissements de soins en hébergement. Ces indicateurs sont fondés sur des recherches internationales et s'appuient sur de nouvelles méthodes d'ajustement des risques, de manière à permettre de faire des comparaisons de la qualité des soins plus équitables à travers le pays et à l'étranger.

À l'heure où les gouvernements essaient de freiner la croissance des dépenses en santé et cherchent plutôt à adapter leurs budgets à la taille des communautés et l'âge des populations, nous avons élaboré un estimateur des coûts par patient. Accessible à partir de notre site Web, ce nouvel outil novateur transmet aux intervenants des données significatives sur les coûts des services aux patients hospitalisés. Cet estimateur permet de calculer le coût hospitalier moyen par groupe de maladies analogues (GMA) aux échelons provincial et national. Il présente le coût moyen estimé des services et les nombres de patients rencontrés par GMA par province ou territoire et groupe d'âge.



Nous avons poursuivi notre travail sur le *Plan d'action de 2007 à 2010 de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, qui vise à éclairer les politiques de réduction des inégalités et d'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens. Il porte essentiellement sur les facteurs contribuant à un poids santé, les déterminants de la santé mentale et de la résilience, les liens entre le lieu et la santé, et la réduction des écarts en matière de santé.

Nous avons également célébré un anniversaire cette année! En effet, l'année 2009 marquait le 10^e anniversaire de la série *Les soins de santé au Canada*. Cette édition spéciale du rapport annuel a passé en revue l'évolution des soins de santé au cours de 10 dernières années. Elle s'est penchée sur les secteurs clés où des changements sont survenus, comme les dépenses en santé, l'accès aux soins, la recherche et l'innovation.

Études percutantes publiées par l'ICIS

- La troisième publication du rapport sur le *ratio normalisé de mortalité hospitalière*, portant sur la sepsie, a révélé que près du quart des patients atteints de sepsie ont reçu leur diagnostic après avoir été admis à l'hôpital. Selon nos données, la probabilité de décès de ces patients dépassait de 56 % celle des patients ayant reçu le diagnostic de sepsie avant leur admission à l'hôpital.
- Selon l'analyse intitulée *Dons d'organes au Canada de 1999 à 2008*, en dépit de l'augmentation de 28 % du nombre de transplantations d'organes en 10 ans, l'offre ne parvient pas rattraper la hausse de la demande d'organes.
- Deux nouveaux rapports intitulés *Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province* et *Tendances du volume d'interventions chirurgicales 2009* présentent les progrès que les provinces et territoires réalisent au chapitre des temps d'attente dans les secteurs prioritaires (p. ex. les remplacements articulaires, les soins cardiaques, les cataractes et la radiothérapie) et révèlent si oui ou non la priorité accordée à ces interventions se fait au détriment d'autres interventions.
- Dans le cadre du *Plan d'action de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, nous avons publié plusieurs rapports et analyses, notamment *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones* et *Comparaison de l'activité et de la consommation de fruits et légumes selon le poids chez les enfants et les jeunes*. Le compte rendu de l'atelier Santé mentale, délinquance et activité criminelle a également été publié. Un nouveau rapport vedette sur le thème « Lieu et santé » sera publié l'année prochaine.
- L'étude intitulée *Lacunes et disparités en matière de soins aux personnes diabétiques Canada* analyse les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Elle constate qu'il existe bel et bien un écart entre les recommandations en matière de soins visant à prévenir les complications et les soins que les patients disent recevoir.
- Le rapport *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* s'appuie sur des données tirées de notre Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits pour examiner les demandes de remboursement de plus d'un million de personnes âgées de six provinces. On a découvert que près des deux tiers des personnes âgées consommaient au moins 5 catégories de médicaments, et le cinquième consommait au moins 10 types de médicaments prescrits.
- La dixième édition annuelle du rapport *Indicateurs de santé*, produite en collaboration avec Statistique Canada, a mis en lumière les améliorations apportées en soins cardiaques au Canada au cours des 10 dernières années, notamment la réduction marquée de l'incidence des crises cardiaques et les résultats positifs dans les hôpitaux pour les patients ayant subi une crise cardiaque.

Les 10 documents les plus téléchargés

Rang	Rapport	Total des téléchargements
1	Indicateurs de santé 2009	6 805
2	Répercussions de la pauvreté sur la santé de l'ISPC	6 785
3	Les soins de santé au Canada 2009	6 769
4	Les soins de santé au Canada 2008	5 952
5	Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province, 2009	4 231
6	Dépenses en médicaments au Canada, 1985 à 2008	3 812
7	Tableaux sur les temps d'attente — une comparaison par province, 2008	3 406
8	Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence	2 805
9	Le ratio 70/30 : le mode de financement du système de santé du Canada	2 748
10	Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009	2 745

Des analyses pertinentes et exploitables : mesures du rendement

Dans le cadre du rapport de fin d'exercice de l'ICIS, le tableau ci-dessous illustre les progrès de l'ICIS vers l'atteinte des objectifs prioritaires établis dans le budget et plan d'exploitation de l'exercice 2009-2010. De façon générale, les résultats montrent une bonne progression : de nombreux objectifs ont déjà été atteints ou dépassés.


Élargir la portée générale et la pertinence des produits analytiques

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Nombre de rapports annuels ordinaires produits	19 rapports annuels ordinaires produits	18 rapports annuels ordinaires produits
Nombre de rapports spéciaux ou thématiques produits	12 rapports spéciaux ou thématiques produits	6 rapports spéciaux ou thématiques produits
Nombre d'Analyses en bref produites	15 Analyses en bref produites	14 Analyses en bref produites
Mesure globale de la portée et de l'incidence — à déterminer	Mesure de la portée et de l'incidence — à déterminer	Voir la section Données à l'œuvre pour connaître l'impact

Élaborer de nouveaux indicateurs de santé comparatifs dans des domaines comme le rendement des hôpitaux, la sécurité des patients, la qualité des soins, l'accès aux soins et la santé publique

Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Nombre d'indicateurs de santé créés	Intégration au rapport <i>Indicateurs de santé 2009</i> d'au moins trois nouveaux indicateurs créés par l'ICIS (probablement sur les taux d'infarctus aigu du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et de fractures de la hanche)	<p>Dans le rapport 2009, publication de trois nouveaux indicateurs créés à l'échelle nationale, provinciale et régionale. Il s'agit des événements d'AVC menant à l'hospitalisation, des événements d'IAM menant à l'hospitalisation et des événements de fractures de la hanche menant à l'hospitalisation.</p> <p>Le rapport <i>Indicateurs de santé 2010</i> comprendra deux nouvelles mesures pour la disparité. Ces mesures fourniront les taux ou ratios à l'échelle provinciale et nationale.</p>

Créer des rapports sur le rendement des hôpitaux à l'échelle pancanadienne

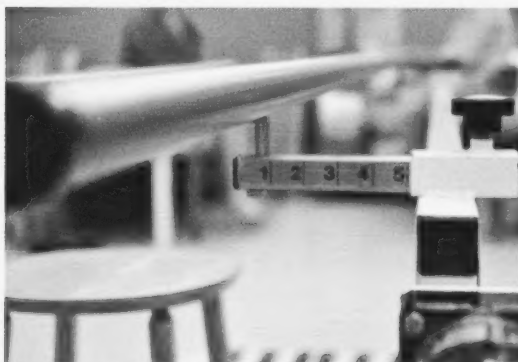
Mesure du rendement	Objectifs pour 2009-2010	2009-2010 (au 31 mars 2010)
Aucune mesure du rendement établie (voir les produits livrables clés pour 2009-2010)	Création d'un prototype de carte de pointage équilibrée pancanadienne pour au moins trois provinces	<p>Diffusion préliminaire des données sur les indicateurs cliniques : la première version préliminaire des données est prête et en cours d'essai.</p> <p>Neuf provinces ou territoires ont confirmé leur participation.</p> 

Compréhension et utilisation améliorées

Toutes les données du monde seront de peu de profit à quiconque si elles ne se traduisent pas en actions concrètes. Nous assurer que nos intervenants arrivent à comprendre et à utiliser nos données est donc tout aussi fondamental que de les recueillir.

Nous nous efforçons d'avoir recours à une approche viable, notamment sur le plan financier, pour transmettre notre savoir. Notre nouvelle stratégie globale en matière de formation, à laquelle nous travaillons depuis peu, aura pour effet de mieux cibler nos services en offrant en temps opportun une formation de qualité supérieure aux intervenants concernés.

Pour ce faire, il nous faut entre autres rendre nos données encore plus accessibles. Voilà pourquoi nous avons continué cette année de promouvoir activement l'adoption et l'utilisation du Portail de l'ICIS, qui permet d'accéder à des données sur la prestation des services par hôpital à l'échelle du pays.



Nous avons aussi élargi et amélioré nos applications de déclaration électronique à l'intention des établissements participants. Ces outils de déclaration en ligne sécurisés facilitent l'utilisation par voie électronique des indicateurs de qualité et d'autres mesures s'appuyant sur les données de plusieurs de nos banques. Tous les trimestres, voire, dans certains cas, tous les mois, nous utilisons un échantillon des données envoyées par les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les régions sanitaires afin de produire des rapports comparatifs à

l'échelle des organismes sur les soins ambulatoires, les soins de courte durée, la réadaptation, les soins de longue durée ou les maladies chroniques et, enfin, les services à domicile.

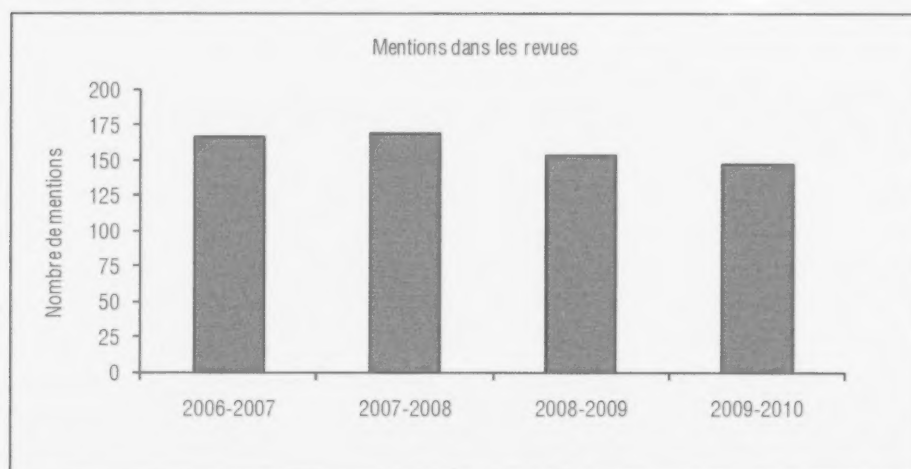
Nous avons également travaillé d'arrache-pied à la reconfiguration de notre site Web pour en améliorer la convivialité et accroître l'accès à de nombreux produits d'information et données. Celui-ci sera mis en ligne au cours du prochain exercice.

Des efforts considérables ont été consacrés à la redéfinition de nos méthodologies de regroupement des soins ambulatoires visant à mieux comprendre en quoi consistent les soins ambulatoires et les coûts hospitaliers afférents. Nous avons produit de la documentation et organisé des ateliers sur la méthodologie de regroupement des patients hospitalisés en soins de courte durée (GMA+) aux fins de planification et de prise de décisions. De nouveaux rapports sur l'utilisation des ressources ont aussi été créés grâce aux outils sur les groupes clients (RUG-III) afin d'aider les établissements de soins de longue durée versant des données dans le Système d'information sur les soins de longue durée à mieux comprendre leur activité.

Dans le but de renforcer nos communications externes et nos relations avec les médias, nous avons mis sur pied un programme d'aide à la présentation, qui nous a permis de trouver des occasions pour nos gestionnaires de prononcer des conférences et d'ainsi aider nos clients à mieux comprendre nos données et notre information.

Nous poursuivons notre travail au sein de nos bureaux régionaux en vue d'harmoniser les données et les produits de l'ICIS aux besoins dans les régions. Nous avons également collaboré avec plusieurs provinces et territoires afin de favoriser les comparaisons entre eux.

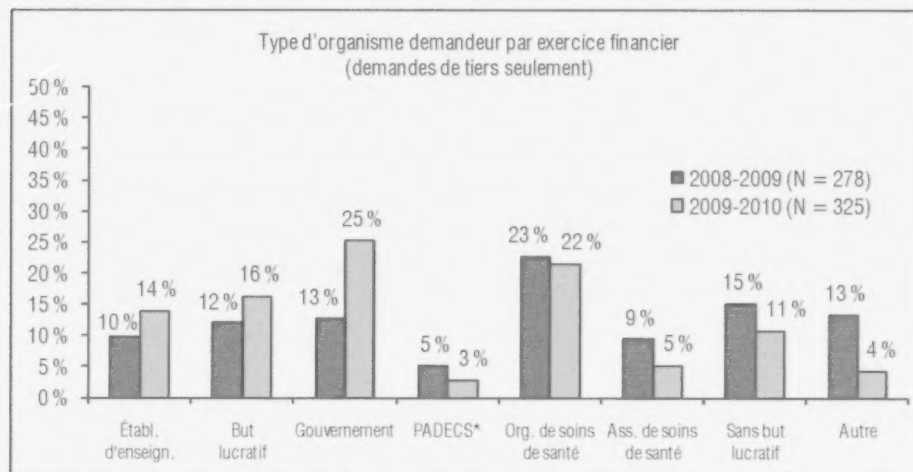
Mentions dans des revues



Couverture médiatique

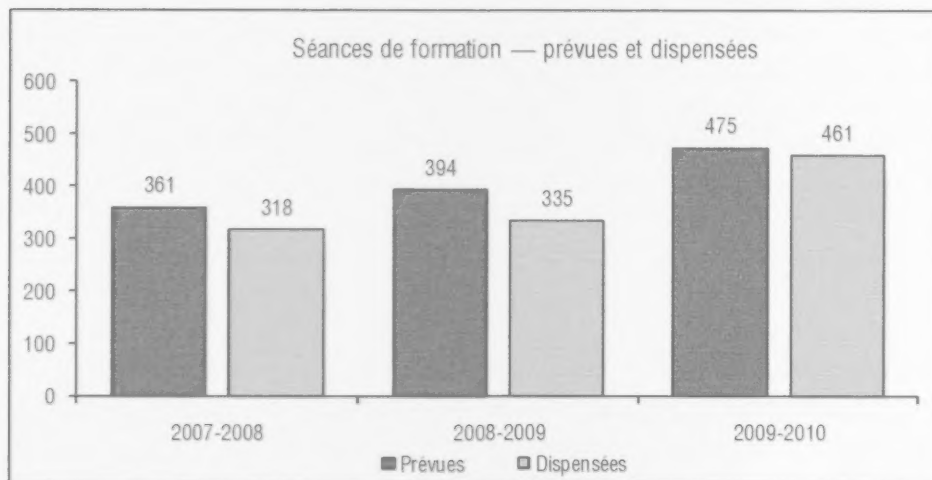
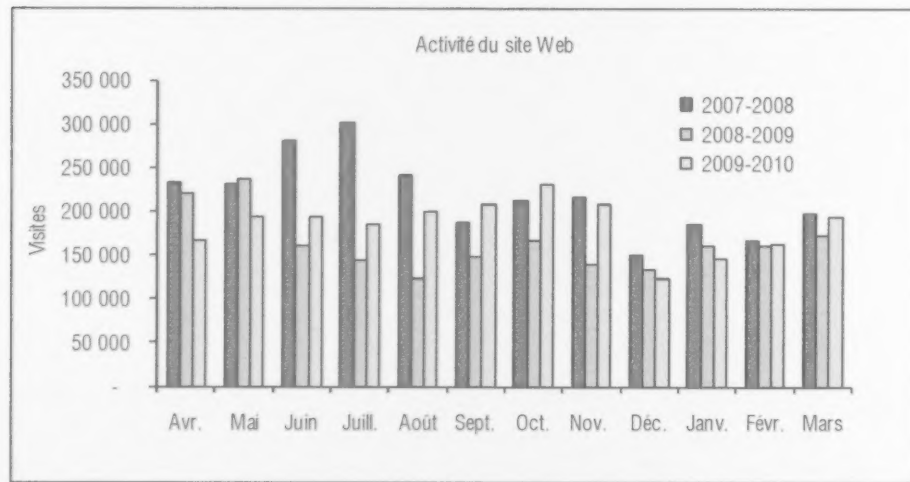
Exercice	Articles imprimés (liés à des communiqués ou des avis)	Articles imprimés (non sollicités)	Articles diffusés	Articles en ligne (liés à des communiqués et non sollicités)	Nombre total d'articles	Circulation totale — portée médiatique (en millions)
2007-2008	1 109	353	952	871	3 285	124,3
2008-2009	512	370	364	951	2 197	210,2
2009-2010	619	322	520	1 508	2 969	616,6

Demandes de données



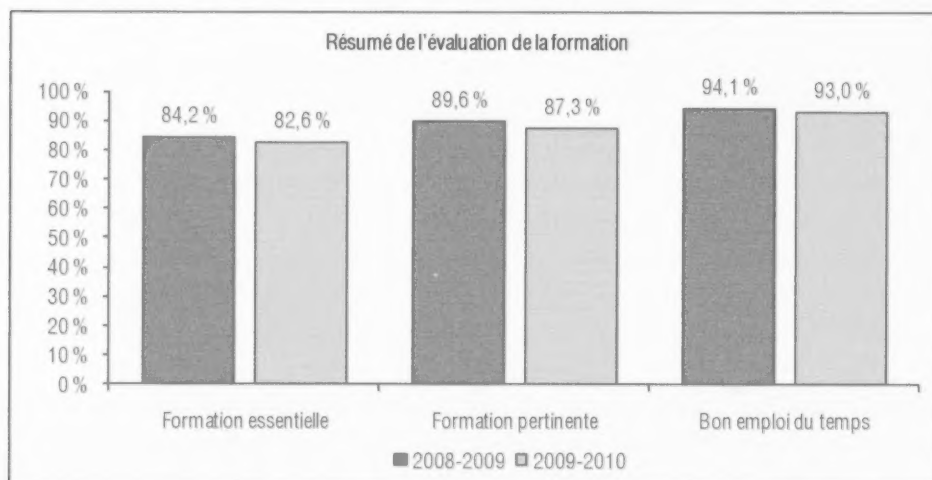
* Programme d'accès aux données pour les étudiants des cycles supérieurs.

Activité sur le site Web



Séances de formation

Résumé de l'évaluation de la formation



Compréhension et utilisation améliorées : mesures du rendement

Dans le cadre du rapport de fin d'exercice de l'ICIS, le tableau ci-dessous illustre les progrès de l'ICIS vers l'atteinte des objectifs prioritaires établis dans le budget et plan d'exploitation de l'exercice 2009-2010. De façon générale, les résultats montrent une bonne progression : de nombreux objectifs ont déjà été atteints ou surpassés.

Poursuivre le remaniement du site Web de l'ICIS

Mesure du rendement

Aucune mesure du rendement établie (voir les produits livrables clés pour 2009-2010)

Objectifs pour 2009-2010

Lancement du site Web externe remanié avec fonctions avancées de navigation et un contenu plus exhaustif, à jour et facile à récupérer

2009-2010 (au 31 mars 2010)

Le site intranet a été lancé.
Le processus de gestion du contenu a été livré pour le contenu intranet.

Créer de nouveaux outils, rapports et indicateurs de déclaration électronique, et fournir l'accès à ceux-ci

Mesure du rendement

Nombre d'applications de déclaration électronique offertes aux clients

Objectifs pour 2009-2010

Ajout de trois nouvelles applications de déclaration électronique

2009-2010 (au 31 mars 2010)

Six nouvelles applications de déclaration électronique ont été ajoutées :

- tableau de bord d'indicateur du Ratio normalisé de mortalité hospitalière
- solution de déclaration électronique des temps d'attente dans les services d'urgence du SNISA
- solution de déclaration électronique du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)
- outil de déclaration électronique spécial SIG dans le portail de l'ICIS
- tableau de bord de l'estimateur de coûts par patient
- solution de déclaration électronique du Système d'information sur les services à domicile (SISD)

Accroître l'utilisation du Portail de l'ICIS

Mesure du rendement

Objectifs pour 2009-2010

2009-2010
(au 31 mars 2010)

Nombre d'établissements participants

60 établissements participants

On compte 46 établissements inscrits dans huit provinces et deux territoires.

Nombre d'utilisateurs inscrits

315 utilisateurs inscrits

L'Île-du-Prince-Édouard et le Québec sont en phase d'essai du portail.



Augmenter le nombre de données disponibles dans le Portail de l'ICIS

Mesure du rendement

Objectifs pour 2009-2010

2009-2010
(au 31 mars 2010)

Nombre d'entrepôts de données accessibles dans le Portail de l'ICIS

Ajout d'un nouvel entrepôt de données

Un entrepôt de données SIG a été ajouté au portail.

Augmenter le nombre et la portée des produits de formation offerts

Mesure du rendement

Objectifs pour 2009-2010

2009-2010
(au 31 mars 2010)

Nombre d'ateliers de formation individualisée offerts

200 ateliers de formation individualisée offerts

205 ateliers de formation individualisée livrés



Nombre d'inscriptions (pour toutes les activités de formation)

12 000 inscriptions (pour toutes les activités de formation)

On a observé une croissance de tous les modes de formation, le nombre total d'inscriptions ayant grimpé à 22 677, selon les nouvelles mesures plus détaillées qui ont été instaurées. Si on avait comptabilisé ces inscriptions selon l'ancienne méthode, le nombre total aurait été 16 846.

Protection des renseignements personnels



En moyenne, l'ICIS reçoit près de cinq millions d'enregistrements par mois rien qu'en données sur les médicaments. En ce qui concerne la Base de données sur les congés des patients (BDGP), le nombre d'enregistrements reçus par mois est de l'ordre de 250 000. C'est cette accumulation stupéfiante de données qui fait des banques de données de l'ICIS des sources d'information d'une extraordinaire richesse. Il faut garder à l'esprit que ces données correspondent à des renseignements confidentiels sur les Canadiens.

La rigueur des programmes de l'ICIS en matière de respect de la vie privée et de sécurité revêt donc une importance capitale. C'est grâce à elle que l'ICIS est devenu un gestionnaire d'information fiable et digne de confiance à l'échelle du pays voué à maintenir les normes les plus rigoureuses qui soient en matière de protection des données portant sur les importants renseignements confidentiels sur la santé qui lui sont confiés.

L'année dernière, nous avons élaboré et mis en œuvre un Cadre de respect de la vie privée et de sécurité afin d'assurer l'application d'une approche cohérente globale en la matière dans l'ensemble de l'organisme. Nous avons aussi adopté et mis en œuvre une nouvelle politique sur le respect de la vie privée afin qu'elle reflète fidèlement les exigences, les normes et les pratiques exemplaires dans ce domaine à l'échelle du pays.

Notre organisme



Les réalisations dont traite le présent rapport sont l'œuvre du personnel talentueux, dévoué et créatif au cœur même de notre organisme. Notre mandat est de combler les besoins en information toujours croissants d'un grand système de santé des plus complexes qui fonctionne à plein régime, et ce, sans aucun répit. Il va sans dire que chercher à combler ces lacunes nous occupe à temps plein, mais, qu'à cela ne tienne, notre personnel est à la hauteur.

Les gens dévoués et compétents ne courent pas les rues, et nous sommes déterminés à garder les nôtres. Voilà pourquoi le maintien en poste est l'une des principales composantes de notre nouvelle stratégie de gestion des talents. Par ailleurs, cette stratégie vise à déterminer un mode efficace de planification et de gestion des talents à toutes les étapes du cycle de l'emploi, du recrutement à la réorientation professionnelle en passant par le perfectionnement.



La culture de soutien qui prévaut au sein de notre organisme constitue assurément un atout pour stimuler la motivation et l'engagement de nos employés. Les résultats positifs de l'enquête semestrielle sur la satisfaction des employés l'ont d'ailleurs confirmé une fois de plus. En effet, nous avons reçu d'excellents commentaires de nos employés à tous les échelons et des notes bien supérieures à celles d'autres organismes des secteurs public et privé.

Perspectives



Bien que nous ayons beaucoup fait, il nous reste beaucoup de pain sur la planche. Il nous tarde de poursuivre notre travail en misant sur ces nouvelles réalisations afin de continuer à combler les besoins en information de nos intervenants. Au cours de la prochaine année, nous demeurerons centrés sur nos priorités stratégiques, soit recueillir un nombre accru de données de qualité supérieure, produire des analyses pertinentes et exploitables et aider nos clients à mieux utiliser et comprendre les données et les produits d'information de l'ICIS.

Des données plus nombreuses et de meilleure qualité

- Accroître l'adoption par les provinces et les territoires de certains systèmes d'information, en insistant particulièrement sur les services à domicile et les soins de longue durée, les produits pharmaceutiques, les incidents médicamenteux, les soins ambulatoires et les visites aux services d'urgence.
- Élaborer et mettre en œuvre un programme d'information sur les soins de santé primaires.
- S'efforcer de combler les lacunes au chapitre des données sur la santé des Autochtones et la santé mentale en milieu communautaire.
- Améliorer la qualité et l'exhaustivité des données sur les coûts par patient de l'ICIS.
- Améliorer les délais de collecte et de déclaration des données pour toutes les banques de données.
- Collaborer avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec Inforoute Santé du Canada pour favoriser l'utilisation des données pour les besoins du système de santé et faire avancer le programme pancanadien sur les DSE et les DME.

Analyses pertinentes et exploitables

- Produire les tout premiers rapports pancanadiens sur les hôpitaux.
- Publier une série d'analyses qui recoupe plusieurs thèmes, soit le cancer, les aînés, la santé des Autochtones, la santé mentale ainsi que la sécurité des patients et la qualité des soins.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'analyse pluriannuel et publier des rapports et des études spéciales sur l'accès aux soins et les temps d'attente, les résultats pour les patients, le H1N1, la continuité des soins, les coûts et la productivité et les soins de santé primaires.
- Mettre en œuvre des méthodologies et des infrastructures de couplage de données conformément aux pratiques de respect de la vie privée.
- Poursuivre la mise en œuvre du *Plan d'action de l'Initiative sur la santé de la population canadienne* en portant une attention particulière aux thèmes « Lieu et santé » et « Réduction des écarts en matière de santé ».

Compréhension et utilisation des données

- Accroître la portée et l'exhaustivité de nos outils de déclaration électronique, notamment le Portail de l'ICIS.
- Lancer notre site Web amélioré.
- Partager notre expertise et améliorer notre réactivité en adoptant une méthode plus stratégique en matière de marketing de nos produits, en élaborant une stratégie d'engagement des clients et en augmentant le nombre de séances de formation.
- Élaborer de nouvelles ententes de partage des données, s'il y a lieu.
- Améliorer nos programmes de sécurité et de protection des renseignements personnels en menant des vérifications de la confidentialité des données contenues dans certaines banques de données et pour certains destinataires externes.
- Organiser des conférences et des ateliers pancanadiens sur la compréhension et l'utilisation de nos données et produits d'information.
- Élaborer et proposer des produits de formation afin d'améliorer l'utilisation de nos produits et services se rapportant par exemple à la qualité des données, à un système national de déclaration, aux indicateurs et aux normes relatives aux données.

Le prochain exercice correspond à la troisième année de notre plan stratégique de quatre ans. Il s'agit aussi de la quatrième année de l'entente de financement quinquennale conclue avec Santé Canada. Conformément à l'esprit de transparence et d'imputabilité qui caractérise notre organisme, nous nous soumettrons à une évaluation indépendante de l'Initiative d'information sur la santé qui sera, nous l'espérons, des plus fructueuses et éclairantes, ainsi qu'à une vérification du rendement, tel que convenu dans l'entente de financement. Enfin, nous nous attelons déjà à la tâche d'élaborer un nouveau plan d'action visant à renouveler notre structure stratégique et financière à long terme.

Analyse de la direction

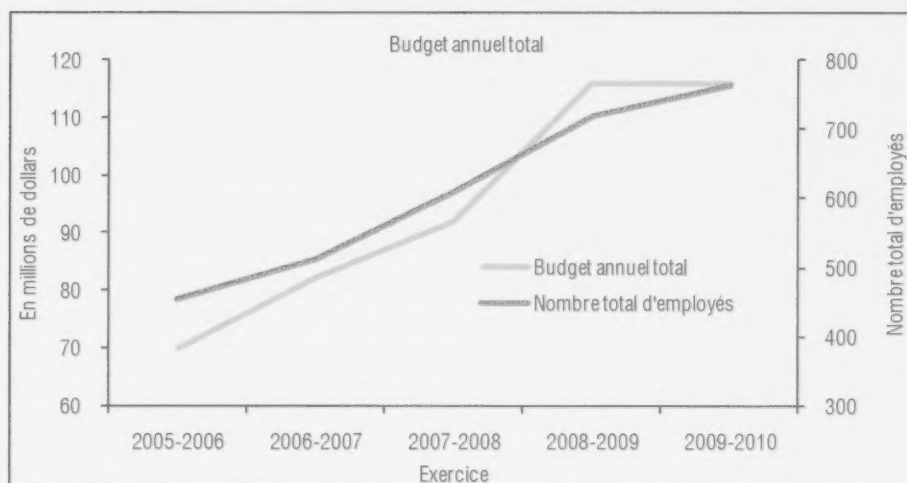


La présente section donne un aperçu de nos activités et des explications concernant les états financiers; elle devrait être lue conjointement avec ces états financiers. Les états financiers ont été préparés par la direction conformément aux principes comptables généralement reconnus au Canada. La direction est responsable de l'intégrité et de la fiabilité des données contenues dans les états financiers. Elle a mis en place un système de vérification interne qui lui permet de donner une assurance raisonnable quant à la fiabilité des données et de veiller à ce que les biens soient protégés.

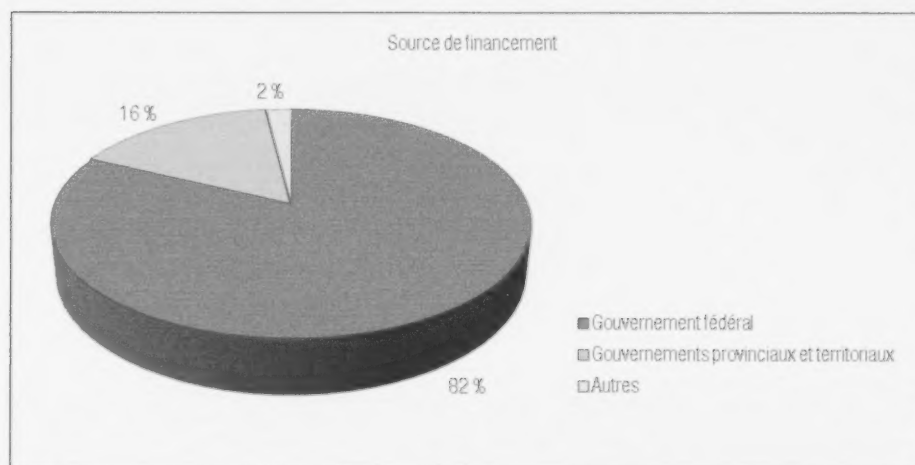
Le Conseil d'administration doit s'assurer que la direction s'acquitte de sa responsabilité de communiquer l'information financière et d'effectuer des contrôles internes; il assume cette fonction par l'entremise du Comité des finances et de la vérification (CFV) dont les membres ne font pas partie de la direction. Au cours de l'année, le CFV rencontre régulièrement la direction et les vérificateurs

externes, Ernst & Young (société à responsabilité limitée). Les vérificateurs externes effectuent une vérification indépendante conformément aux normes de vérification généralement reconnues au Canada et font part de leurs opinions sur les états financiers. Le CFV examine les états financiers et les fait approuver par le Conseil d'administration. Pour les exercices 2008-2009 et 2009-2010, Ernst & Young a fourni des opinions sans réserve. Les vérificateurs externes de tous les exercices précédents avaient aussi formulé des opinions sans réserve.

Fondé en 1994 à titre d'organisme autonome et sans but lucratif, l'ICIS ne cesse de prendre de l'expansion. Au cours des cinq dernières années, notre budget annuel total, qui couvre les besoins en ressources de fonctionnement et en biens d'infrastructure, ainsi que le financement des régimes de retraite de l'ICIS, a augmenté de 65 % pour dépasser légèrement les 100 millions de dollars.



Nous gérons les programmes en cours et les nouvelles initiatives en vertu des modalités des ententes avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui constituent la plus grande part de notre revenu budgétaire annuel.



Depuis 1999, dans le cadre des accords de contribution et de subvention de l'Initiative du Carnet de route et de l'Initiative d'information sur la santé, Santé Canada a grandement contribué au financement de l'élaboration d'une vaste infrastructure nationale d'information sur la santé afin de fournir aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour améliorer et gérer le système de santé canadien et la santé de la population.

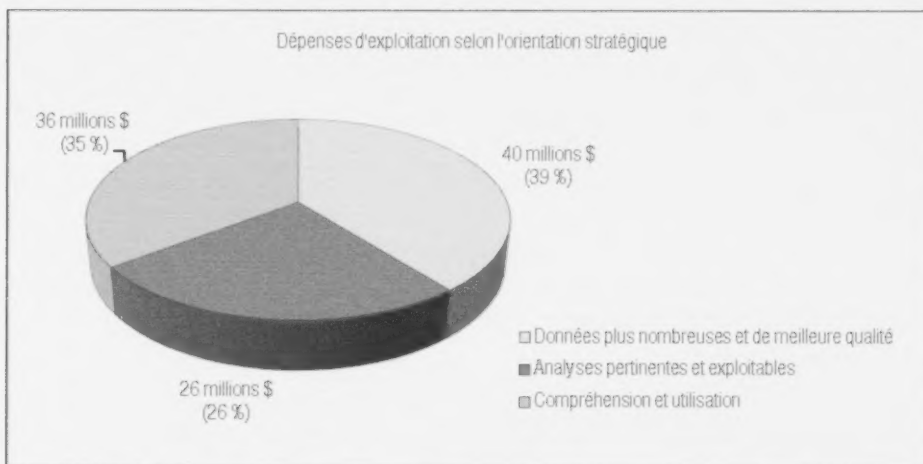
Résultats expliqués par la direction

Le budget d'exploitation total s'élevait à 102,5 millions de dollars en 2009-2010, par rapport à 109,2 millions de dollars l'année précédente. Cette différence est principalement attribuable à la réduction des fonds de l'Initiative du Carnet de route, plus précisément pour l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Enquête canadienne sur les mesures de santé. Ces fonds étaient versés avant 2007-2008 par Santé Canada sous forme de paiements directs globaux.

L'an dernier, nos dépenses d'exploitation ont atteint 102,3 millions de dollars. Elles comprenaient 64,4 millions de dollars en salaires et en avantages sociaux pour les employés (63 %) et 37,9 millions de dollars en dépenses non salariales (37 %), ce qui est comparable aux dépenses de 61,2 millions de dollars (56 %) et 47,9 millions de dollars (44 %), respectivement, de 2008-2009. La différence est principalement attribuable à l'embauche de ressources supplémentaires pour appuyer notre programme de travail de plus en plus chargé.

La rémunération totale, y compris les honoraires ou autres avantages octroyés aux membres de la haute direction de l'ICIS ayant pris part à la réalisation des orientations stratégiques, se chiffrait à 4,4 millions de dollars en 2009-2010.

Les investissements dans nos orientations stratégiques, en proportion des dépenses d'exploitation totales, sont relativement stables depuis 2008-2009.



Les dépenses en immobilisations, qui s'élevaient à 3,3 millions de dollars en 2009-2010, étaient surtout destinées à du matériel et des logiciels informatiques et aux télécommunications. C'est là une baisse considérable par rapport à 15,6 millions de dollars en 2008-2009. Nous avons alors consacré d'importants investissements à des améliorations locatives et au mobilier pour le nouveau bureau de Toronto et à l'agrandissement des bureaux d'Ottawa et de Montréal, ainsi qu'à l'acquisition d'un nouveau système téléphonique et de nouveaux appareils et logiciels Web, de gestion de contenu et de gestion opérationnelle.

Fonds du Carnet de route

Dans le but d'assurer une gestion prudente et efficace de ses investissements, l'ICIS a retenu les services de TD Gestion de placements inc. à titre de dépositaire et gestionnaire de fonds. Au 31 mars 2010, une somme de 15,5 millions de dollars avait été investie dans les fonds communs de gestion de trésorerie canadienne Émeraude TD, lesquels comprennent des instruments financiers à faible risque tels que des CPG, des bons du Trésor et des billets de trésorerie. L'ICIS suit des politiques et pratiques d'investissement exemplaires s'apparentant à celles reprises dans les recommandations en matière d'investissement du gouvernement fédéral. Un étalon approprié a été établi aux fins d'évaluation du rendement des fonds et du gestionnaire de fonds. Pour assurer la bonne gestion des fonds, le CFV révisé régulièrement les résultats et le taux de rendement des fonds.

Régimes de retraite

Nous offrons un régime contributif à prestations déterminées qui prévoit pour nos employés un revenu de retraite annuel établi selon la durée du service et le salaire moyen de fin de carrière. Les cotisations, déterminées par des calculs actuariels, dépendent des caractéristiques démographiques des employés, du taux de roulement, de la mortalité, du rendement du capital investi et d'autres hypothèses actuarielles. Les cotisations de l'ICIS et des employés sont investies dans une caisse en gestion commune et sont gérées de façon professionnelle conformément à l'énoncé des politiques et des procédures de placement.

Le régime fait l'objet de deux évaluations : une à des fins comptables (voir la remarque n° 8 des états financiers) et l'autre à des fins actuarielles, qui sont utilisées aux fins de réglementation et de gestion du régime. Ces évaluations à des fins comptables et actuarielles sont effectuées à différents moments à l'aide d'hypothèses distinctes. Selon les principes comptables prescrits par l'Institut canadien des comptables agréés, le régime affichait un surplus de 3,8 millions de dollars au 31 mars 2010, par rapport à un déficit de 1,9 million de dollars en 2008-2009. Selon l'évaluation actuarielle, le régime accusait un déficit de 4,7 millions de dollars le 1er janvier 2010, par rapport à un déficit de 2,1 millions de dollars le 1er janvier 2009. La tourmente économique des dernières années a eu des conséquences considérables sur l'évaluation actuarielle du régime. La direction et le CFV continuent de surveiller l'environnement économique et prennent les mesures nécessaires pour remédier au déficit actuariel.

Outre les prestations déterminées, nous complétons les prestations des employés qui participent au régime et qui sont touchés par l'application du plafond lié au régime de retraite en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Le régime complémentaire n'est pas financé au préalable et nous effectuons les paiements de prestations à mesure qu'ils deviennent exigibles. Ces prestations sont incluses dans nos états financiers conformément aux règles comptables applicables.

Programme de vérification interne

Nous avons mis en place un programme de vérification interne qui comprend l'évaluation de la conformité aux politiques administratives, aux procédures et aux règlements gouvernementaux, l'évaluation de l'efficacité générale des contrôles et des processus actuellement en place, ainsi que l'examen des possibilités d'amélioration. Les activités de vérification interne, dont la portée varie, évoluent au fil du temps afin de cibler les secteurs les plus à risque pour l'organisme. En 2009-2010, les activités ont compris la vérification des dépenses d'exploitation du propriétaire, des taxes de consommation, des avantages des employés, des frais de déplacement et de télécommunication, des frais de licence relatifs aux utilisateurs finaux et des demandes de données formulées par des tierces parties. Une évaluation du risque de fraude pour l'organisme ainsi qu'un test d'intrusion et une évaluation de la vulnérabilité du matériel et des systèmes de technologie de l'information ont également été effectués. Nous avons élaboré des plans d'action ciblés afin de nous attaquer aux aspects qui, selon les vérificateurs et les conseillers dont nous avons retenu les services pour mener ces activités, nécessitent une amélioration.

Gestion des risques

À l'ICIS, nous ne sommes pas allergiques aux risques. Nous souhaitons seulement veiller à ce que les risques que nous prenons soient raisonnables, que nous soyons en mesure de les assumer et qu'ils correspondent à notre degré de tolérance. Notre approche consiste à demeurer proactifs et à atténuer les risques dans la mesure du possible. Le programme de gestion des risques de l'ICIS garantit l'excellence en matière de gestion, le renforcement de notre responsabilité et un rendement futur accru. Il contribue aux activités de planification et d'établissement des priorités, à l'affectation des ressources et à la prise de décisions. Nous axons nos efforts sur des risques touchant l'ensemble de notre organisme, liés à nos orientations stratégiques, susceptibles de subsister au cours des trois à cinq prochaines années et que nos gestionnaires peuvent gérer.

Notre Cadre de gestion des risques consiste en un cycle de quatre étapes visant la réalisation des orientations stratégiques de l'ICIS :



Activités de gestion des risques

Cette année, notre haute direction a évalué plusieurs des principaux risques pouvant faire obstacle à l'atteinte de nos objectifs stratégiques en se fondant sur la probabilité qu'ils surviennent et leurs répercussions possibles. Quatre d'entre eux ont été décrits comme des risques organisationnels, étant donnée la probabilité élevée de risques résiduels, une fois les stratégies d'atténuation existantes envisagées.

Actualité des produits d'information

Nous avons poursuivi nos efforts cette année pour répondre aux attentes des intervenants ayant trait à l'actualité des principaux produits d'information. Nous avons mis en œuvre un plan et nous constatons d'ores et déjà d'énormes progrès. Par exemple, nous produisons désormais des rapports comparatifs sur les temps d'attente dans les services d'urgence tous les mois et les livrons à nos intervenants dans les trois semaines suivant la fin du mois, et non plus une fois par trimestre, comme auparavant. Dans le cadre de notre effort visant à fournir davantage d'analyses ponctuelles, nous avons publié un rapport des répercussions des hospitalisations liées à la grippe H1N1 en comparaison d'une saison grippale ordinaire, et ce, moins de six semaines après la fin de la pandémie.

Circulation des données et lacunes

Qui dit circulation des données, dit transmission d'informations à l'ICIS ou par l'ICIS, y compris l'exploitation de nouvelles banques de données. Pour demeurer pertinents, nous devons combler ces nouveaux besoins en information. Une nouvelle norme relative aux données du Système d'information sur les services à domicile dont le lancement est prévu au début de 2010-2011 donnera un aperçu de tous les patients orientés vers les services à domicile à leur premier point de contact. Cette mesure comblera les lacunes en matière de données sur les clients des services à domicile de courte durée et ceux qui attendent leur congé de l'hôpital aux autres niveaux de soins. Les intervenants ont manifesté un grand intérêt pour la déclaration de données sur les activités des services d'urgence. Il convient de noter que nous recevons aujourd'hui 75 % des données sur les services d'urgence manitobains. L'Alberta a aussi confirmé qu'elle nous soumettra des données sur les soins d'urgence et ambulatoires en 2010-2011, et le Québec envisage sérieusement de faire de même dans l'année qui vient. Deux établissements saskatchewanais nous enverront également ce type de données en 2010-2011. Au chapitre des besoins en matière de nouvelles informations, nous avons mené une enquête sur les répercussions potentielles de l'interruption de l'approvisionnement en isotopes médicaux au Canada. Les résultats seront publiés au début du prochain exercice.

Dossier de santé électronique et dossier médical électronique

La mise sur pied des dossiers de santé électronique et des dossiers médicaux électroniques (DSE et DME) partout au Canada représente à la fois une menace et une occasion à saisir. En effet, il s'agit pour nous d'une occasion de recueillir des données supplémentaires qui étayeront nos analyses du système de santé. En revanche, cela menace la qualité de nos données si celles-ci ne sont pas recueillies de manière appropriée. Nous n'hésitons pas à prendre les devants dans la résolution des questions les plus importantes se rapportant à l'initiative d'utilisation des DME et des DSE pour les besoins du système de santé; nous pouvons d'ailleurs compter sur le soutien des provinces et territoires à cet égard. Concrètement, nous sommes parvenus, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, à élaborer un plan officiel ayant reçu l'aval de la Conférence des sous-ministres pour faire progresser cette question avec la mise en œuvre des DSE et des DME. Nous avons donc commandité et chapeauté certains des principaux projets énoncés dans ce plan, notamment l'élaboration de normes en matière de données sur les soins de santé primaires à inclure dans les DME.

Appui aux intervenants

La décentralisation des pouvoirs dans le système de santé canadien a entraîné des obstacles à la collaboration entre parties intéressées et à l'utilisation de données et d'analyses pancanadiennes. Ce climat nous a donné l'occasion de témoigner de notre détermination à offrir des produits et des services à valeur ajoutée à nos clients aux échelons provincial, territorial et fédéral.

C'est en siégeant à divers comités provinciaux et territoriaux axés sur l'utilisation de l'information sur la santé et les possibilités émergentes que nous avons fait mieux connaître nos diverses banques de données, nos produits et nos rapports et amélioré l'accès à ceux-ci.

Données à l'œuvre

Les données de l'ICIS : aider les hôpitaux à réduire les taux de mortalité



Barbara Kendrick

Au Centre de santé régional Southlake, les premiers résultats du ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) de l'ICIS ont poussé le personnel à se pencher de plus près sur le problème de la septicémie. Le personnel médical de l'établissement de Newmarket en Ontario, même si ses taux de mortalité liée à la sepsie étaient inférieurs à la moyenne nationale, a voulu savoir si les taux de décès liés à d'autres diagnostics, ceux-là supérieurs à la moyenne, pouvaient aussi être attribués à la sepsie.

Selon Barbara Kendrick, directrice de la qualité et de la planification au Centre de santé régional Southlake, un examen de tous les cas de septicémie a confirmé l'existence probable d'un retard dans la détection de la sepsie, car les protocoles de dépistage et de traitement en place à l'échelle de l'hôpital n'étaient pas uniformes. Un groupe de travail a donc été formé afin d'adopter les meilleures pratiques connues et ébaucher des directives normalisées de détection et de traitement précoces dans les services et en salle d'urgence.

« La solution était de réduire le délai entre la détection et le traitement », déclare Mme Kendrick.

De plus, l'hôpital a fait appel à son équipe d'intervention rapide, un prolongement de son unité de soins intensifs formée d'une infirmière en soins intensifs et d'un inhalothérapeute. Les infirmières ont été formées pour reconnaître très rapidement la sepsie et ont reçu comme instruction d'appeler l'équipe si l'état d'un patient était jugé grave. Depuis, les cas qui se manifestent dans le service sont détectés plus vite et le traitement est amorcé plus tôt, entraînant la réduction du nombre d'admissions aux soins intensifs.

Mme Kendrick affirme qu'il s'agit d'une initiative clé pour la sécurité des patients à Southlake, où la philosophie en matière de sepsie est maintenant d'amorcer le traitement le plus tôt possible.

« Le RNMH a constitué le point de départ crucial de l'analyse de nos taux de mortalité, comment-elle. À la suite de la mise en place de notre nouveau protocole, nous avons observé une tendance soutenue à la baisse de notre RNMH. Selon moi, nous commençons à peine à voir les résultats des efforts que nous avons déployés au cours de la dernière année au chapitre de la sepsie. »

Les indicateurs de l'ICIS : mettre en pratique l'évaluation de la qualité



Dr Alan Katz

Le Dr Mark Duerksen est un pionnier de l'ère de l'information en médecine familiale.

En tant que président du Centre de médecine familiale de Steinbach au Manitoba, il utilise les dossiers médicaux électroniques (DME) depuis 11 ans. De plus, son établissement est parmi les premiers au Canada à intégrer l'évaluation de la qualité directement aux activités des médecins au moyen des indicateurs de soins de santé primaires (SSP).

Les indicateurs de SSP, mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé, permettent aux dispensateurs de soins d'utiliser les données des DME pour évaluer de nombreux aspects de leurs pratiques.

Avant l'intégration des indicateurs aux DME, le Dr Duerksen affirme que son groupe de pratique ne disposait d'aucune méthode systémique de détection préventive et de gestion des affections chroniques comme le diabète et l'hypertension. Les taux de dépistage de chaque médecin sont maintenant extraits des DME tous les trois mois.

« Nous avons constaté que les données mêmes sont une source de motivation. On se penche sur les procédés à mettre en place pour réaliser des améliorations », déclare-t-il.

Pour favoriser la prestation de soins plus complets et préventifs, le logiciel du centre comprend des rappels qui avertissent les médecins quant aux tests et examens nécessaires. Même si une patiente se présente en raison d'une douleur à la cheville, un écran apparaîtra sur le moniteur du Dr Duerksen, l'avisant que la patiente a besoin d'un contrôle du cholestérol et d'un test Pap. Il peut maintenant suivre, au fil du temps, l'assiduité de ses patients à ces tests.

Les indicateurs de SSP constituent des repères essentiels pour l'initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Manitoba, particulièrement le Réseau de services médicaux intégrés, auquel le groupe du Dr Duerksen a participé.

« Nous ne pouvons faire état de la qualité sans disposer d'indicateurs par rapport auxquels la mesurer », déclare Jeanette Edwards, conseillère spéciale du sous-ministre en matière de soins primaires, ministère de la Santé du Manitoba. « Nous avons adopté ces indicateurs et nous avons beaucoup appris. »

Elle fait remarquer que les DME jumelés aux indicateurs ont en outre permis à de nombreux médecins de mieux comprendre leurs groupes de patients.

« Auparavant, nous traitions les patients de façon individuelle. Nous avons maintenant ce profil de pratique global qui nous amène à réfléchir sur les éléments à améliorer, affirme le Dr Duerksen. Lorsque nous pratiquons une intervention, c'est bien que des données nous indiquent si celle-ci a fonctionné. »

Les résultats du Réseau de services médicaux intégrés sont éloquentes. Une clinique a vu son nombre de tests de dépistage du cancer colorectal augmenter de plus de 31 % au cours de la première phase et, dans une autre clinique, les tests de dépistage du diabète ont grimpé de 44 % et les contrôles de l'hypertension, de près de 17 %.

« Les indicateurs ont été d'une importance fondamentale », déclare le Dr Alan Katz, professeur agrégé de médecine familiale et de sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba. « Le processus de collecte (de données pour eux) a eu une énorme incidence sur la façon dont les médecins utilisent les DME pour le bien des patients. La compréhension à l'égard de la responsabilité des médecins en matière de soins a changé. On pense en fonction des populations à risque. »

Les données de l'ICIS : au service des victimes d'une fracture de la hanche



Dr Eric Bohm

Pour une troisième année consécutive, le rapport annuel de l'ICIS sur les indicateurs de santé a montré que les patients victimes d'une fracture de la hanche de l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) connaissent des temps d'attente plus longs pour une chirurgie que ceux des autres régions sanitaires du Canada.

« Bien que nous ayons l'un des taux les plus faibles de patients victimes d'une fracture de la hanche à l'échelle de la population, nous avons l'un des pires taux lorsqu'il s'agit de les emmener en salle d'opération dans un délai de 72 heures », affirme le Dr Mike Moffatt, directeur exécutif, Soutien à l'analyse et la recherche, ORSW.

Bien que les médecins aient soulevé la question par le passé, les rapports de l'ICIS ont attiré l'attention des cadres dirigeants de la région et du ministère de la Santé du Manitoba. Des mesures ont rapidement été prises afin de réduire les temps d'attente pour la réparation d'une hanche fracturée, étant donné que selon les résultats de la recherche, des temps d'attente plus longs peuvent augmenter le risque de complications et de décès.

Afin de souligner la nécessité d'opérer rapidement les patients, l'ORSW a organisé des séances de formation continue à l'intention du personnel. La pratique de longue date consistant à soulager les patients à l'aide d'anticoagulants et à tenter de stabiliser les autres problèmes de santé avant la chirurgie a également changé, étant donné que des preuves montrent que plus les patients victimes d'une fracture de la hanche sont opérés tôt, plus ils obtiennent de bons résultats, peu importe si on leur a administré des anticoagulants.

La région a élaboré un système d'information en temps réel afin de fournir de l'information sur les patients victimes d'une fracture de la hanche en attente d'une chirurgie dans chaque établissement de la région. Les listes d'attente pour les chirurgies ont été réorganisées et de nouvelles lignes directrices ont été élaborées afin de reclasser les patients victimes d'une fracture de la hanche lorsque des interventions plus urgentes doivent être pratiquées avant leur chirurgie. Maintenant, ils se retrouvent dès le lendemain en haut de la liste, mentionne le Dr Eric Bohm, président du comité des normes orthopédiques de l'ORSW et conseiller médical sur la liste d'attente en orthopédie.

Il affirme que selon le suivi interne, les temps d'attente sont maintenant plus courts.

« Je suis plutôt optimiste. C'est exactement le genre de travail que l'ICIS doit accomplir. C'est ce qui favorise des changements au sein du système. »

Les données de l'ICIS : contribuent à la création d'un continuum des soins pour les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)



Nancy Tunnicliffe

Soins continus Bruyère est le plus grand centre d'Ottawa à dispenser des soins en réadaptation pour patients hospitalisés à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Son objectif est d'aider les patients à retrouver le maximum de leurs fonctions. Plus de 300 patients ayant subi un AVC sont accueillis chaque année dans ce centre, qui est axé sur la qualité des soins et l'assurance que les patients se retrouvent au bon endroit au bon moment.

Cependant, la tâche était loin d'être aisée à une certaine époque.

En 2006, les données du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'ICIS ont révélé qu'à Bruyère, la durée moyenne du séjour des patients ayant subi un AVC était plus longue de 22 jours que dans les établissements semblables à l'échelle du pays. Au même moment, un rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario avait trouvé que les lits du centre étaient les plus chers de la province.

Ce constat a vite fait réagir la direction de l'organisation.

En effet, elle s'est fixé comme objectif, notamment, la réduction de la durée du séjour des patients en réadaptation à la suite d'un AVC à deux jours de celle des établissements semblables.

Pour ce faire, le personnel a exploré les pratiques exemplaires d'autres établissements de l'Ontario en se penchant sur leurs données et leurs processus. Ensuite, il a examiné les processus de Bruyère, notamment les critères d'admission et de sortie, la codification et la formation ainsi que le logiciel utilisé pour la saisie des données du SNIR. L'objectif étant d'inclure les données dans le processus décisionnel, la planification des soins et les mesures du rendement de même que de faire le lien avec les meilleures pratiques.

La participation du personnel à tous les niveaux étant primordiale, un groupe de travail du SNIR a été mis sur pied et un programme de formation continue a été formalisé.

Un examen en profondeur puisant dans les données du SNIR a permis de dégager deux principaux groupes de patients victimes d'un AVC qui influençaient la durée du séjour globale à Bruyère : les patients peu fonctionnels qui nécessitent des soins intensifs et les patients hautement fonctionnels qui auraient dû être traités en consultation externe. Afin de corriger la situation, Bruyère a fermé 8 lits pour patients hospitalisés en réadaptation et ouvert 18 lits pour patients peu fonctionnels en réadaptation à la suite d'un AVC dans son programme de soins continus complexes ainsi qu'un programme de soins ambulatoires en réadaptation pour patients externes ayant subi un AVC. Les soins ont donc été réaménagés en un continuum de trois programmes interdépendants : les soins de faible intensité en réadaptation pour patient ayant subi un AVC, les soins de haute intensité en réadaptation pour patient ayant subi un AVC et les soins ambulatoires en réadaptation pour patient ayant subi un AVC.

Chacun de ces programmes comprend des critères d'admission, incluant les notes fonctionnelles des patients basées sur les données, pour que les patients reçoivent les soins appropriés.

L'objectif de la réadaptation étant la réintégration dans la communauté, la sortie est prise en compte dès l'admission. Des outils de soutien fondés sur les données ont été créés pour faciliter le suivi des progrès des patients par le personnel. Le logiciel utilisé par Bruyère a également été mis à jour; il inclut désormais des indicateurs de la durée du séjour actuelle de chaque patient et de la durée du séjour à la sortie dans les établissements comparables de la province. Le logiciel signale également les durées du séjour qui arrivent à deux semaines de la date de sortie de 98 % des patients similaires. Ces mises à jour de logiciel permettent au personnel de planifier et de prévoir la sortie des patients. Aujourd'hui, le personnel de première ligne utilise régulièrement les données du SNIR pour prendre des décisions cliniques. De l'avis de la direction, ces données jouent un rôle majeur dans la formulation des politiques et l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience.

De plus, la durée du séjour des patients ayant subi un AVC qui reçoivent des soins de haute intensité est maintenant à deux jours de celle des établissements semblables qui participent au SNIR. Selon Nancy Tunnicliffe, une coordonnatrice du SNIR qui a participé au remaniement, même si les données ne sont pas une fin en soi, elles ont néanmoins permis d'apporter les améliorations que l'on voit aujourd'hui.

« Les données ont joué un rôle déterminant en ce qu'elles ont permis de démontrer le sentiment d'urgence et d'inciter les acteurs majeurs à participer à l'initiation du changement. »



États financiers

Institut canadien d'information sur la santé

Rapport des vérificateurs

Aux membres du Conseil d'administration
de l'Institut canadien d'information sur la santé

Nous avons vérifié le bilan de l'**Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** au 31 mars 2010 et les états des revenus et dépenses, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de l'ICIS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'ICIS au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la *Loi sur les corporations canadiennes*, nous déclarons que, à notre avis, ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Ottawa, Canada
7 mai 2010

Ernst + Young S.A.L. / S.E.N.C.R.L.

Comptables agréées
Experts-comptables autorisés

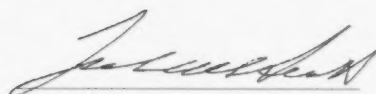
Bilan

Au 31 mars

	2010	2009
	\$	\$
Actif		
À court terme		
Espèces et quasi-espèces (note 3)	18 924 509	12 170 262
Débiteurs (note 4)	1 515 540	2 953 593
Charges payées d'avance	2 197 725	1 855 404
	22 637 774	16 979 259
Placements — Carnet de route (note 5)	15 475 008	24 475 712
Immobilisations (note 6)	20 500 547	21 967 610
Autres actifs (note 7)	401 187	304 496
Actif au titre de prestations de retraite constituées (note 8)	3 846 500	—
	62 861 016	63 727 077
Passif		
Court terme		
Créditeurs et charges à payer (note 10)	10 818 763	10 502 058
Revenus reportés	5 910 541	2 682 358
	16 729 304	13 184 416
Passif au titre de prestations de retraite constituées (note 8)	498 700	2 467 500
Apports reportés (note 11)		
Charges d'exercices futurs	20 393 230	21 300 252
Immobilisations	17 174 550	18 435 767
Avantages incitatifs relatifs aux baux (note 12)	3 120 262	3 600 172
	57 916 046	58 988 107
Engagements (note 17)		
Actif net		
Investi en immobilisations	2 115 133	2 086 753
Non affecté	2 829 837	2 652 217
	4 944 970	4 738 970
	62 861 016	63 727 077

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Au nom du Conseil d'administration,



Administrateur



Administrateur

État des revenus et des dépenses

Exercice terminé le 31 mars

	2010 \$	2009 \$
Revenus		
Plan de base (note 13)	15 891 245	15 421 872
Ventes	1 628 308	2 088 363
Financement — autre (note 14)	3 375 388	3 939 369
Initiative de l'information sur la santé/Carnet de route	81 399 875	87 539 068
Intérêts	52 101	182 441
Divers	125 723	77 364
	102 472 640	109 248 477
Dépenses		
Rémunération	64 377 574	61 176 178
Services externes et professionnels	12 701 937	12 390 290
Frais de déplacements et frais relatifs au comités consultatifs	4 707 036	5 148 340
Fournitures et services de bureau	11 806 929	12 792 661
Ordinateurs et télécommunications	7 206 292	6 016 980
Subventions de recherche et autres contributions	1 194 886	11 131 604
Divers	271 986	457 424
	102 266 640	109 113 477
Excédent des revenus par rapport aux dépenses	206 000	135 000

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars

	Investi en immobilisations	Non affecté	2010	2009
	\$	\$	\$	\$
Solde, au début de l'exercice	2 086 753	2 652 217	4 738 970	4 603 970
Excédent (insuffisance) des revenus par rapport aux dépenses	(664 615)	870 615	206 000	135 000
Investissement net en immobilisations	692 995	(692 995)	—	—
Solde, à la fin de l'exercice	2 115 133	2 829 837	4 944 970	4 738 970

Voir les notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars

	2010 \$	2009 \$
Activités d'exploitation		
Excédent des revenus		
par rapport aux dépenses	206 000	135 000
Éléments sans incidence sur l'encaisse		
Amortissement des immobilisations	4 693 028	3 896 631
Amortissement des avantages		
incitatifs relatifs aux baux	(479 910)	(467 207)
Prestations de retraite	(5 815 300)	(1 302 717)
Amortissement des apports reportés —		
immobilisations	(3 860 979)	(2 991 060)
Perte à la cession d'immobilisations	66 792	218 904
	(5 190 369)	(510 449)
Variation des éléments hors caisse		
du fonds de roulement (note 15)	4 640 620	5 222 952
Variation nette des autres actifs	(96 691)	(39 950)
Diminution nette des apports reportés	1 692 740	(2 094 769)
Flux de trésorerie liés		
 aux activités d'exploitation	1 046 300	2 577 784
Activités d'investissement		
Acquisition d'immobilisations	(3 301 037)	(15 574 054)
Produit à la cession d'immobilisations	8 280	4 850
Acquisition de placements —		
Carnet de route	(62 850)	(5 398 350)
Produit à la cession de placements —		
Carnet de route	9 063 554	20 041 940
Flux de trésorerie liés		
 aux activités d'investissement	5 707 947	(925 614)
Activités de financement		
Avantages incitatifs relatifs aux baux reçus	—	1 961 784
Avantages incitatifs relatifs aux baux remboursés	—	(7 440)
Flux de trésorerie liés		
 aux activités de financement	—	1 954 344
Rentrées de fonds nettes	6 754 247	3 606 514
Encaisse et équivalents de l'encaisse,		
au début de l'exercice	12 170 262	8 563 748
Encaisse et équivalents de l'encaisse,		
 à la fin de l'exercice	18 924 509	12 170 262
Composition		
Encaisse	2 924 509	8 170 262
Placements à court terme	16 000 000	4 000 000
	18 924 509	12 170 262
Information supplémentaire		
Intérêts reçus	112 763	994 927
Intérêts payés	—	1 361

Voir les notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Le 31 mars 2010

1. Organisme

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme national sans but lucratif, constitué en vertu de la partie II de la *Loi sur les corporations canadiennes*.

L'ICIS est un organisme national qui a pour vocation de coordonner le développement et l'entretien d'un système commun d'information sur la santé au Canada. L'ICIS est aussi chargé de fournir en temps opportun l'information appropriée et nécessaire pour établir des politiques de santé avisées; de gérer avec efficacité le système de santé canadien; et de sensibiliser le public aux facteurs qui influent sur la santé.

L'ICIS n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

2. Conventions comptables

Ces états financiers ont été dressés selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Les principales conventions comptables sont les suivantes :

Comptabilisation des revenus

L'ICIS applique la méthode du report.

Les apports de financement sont comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées. Les montants approuvés mais non reçus à la fin de l'exercice sont comptabilisés en tant que débiteurs. Les apports excédentaires qui nécessitent un remboursement conformément à l'entente sont comptabilisés comme charges à payer.

Les apports fournis à une fin particulière et ceux faisant l'objet d'une affectation selon les dispositions d'une entente contractuelle sont comptabilisés comme des apports reportés et ensuite comme des revenus au cours du même exercice où les dépenses connexes sont engagées.

Les apports fournis à des fins d'achat d'immobilisations sont comptabilisés comme des apports reportés — immobilisations et ensuite comme des revenus selon les mêmes modalités et sur les mêmes bases que l'amortissement des immobilisations connexes.

Les intérêts créditeurs sont comptabilisés en tant que revenus réalisés au cours de l'exercice selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Les revenus et pertes de placement au titre des apports affectés sont débités ou crédités au compte des apports reportés connexes et comptabilisés en tant que revenus au cours du même exercice où les dépenses admissibles sont engagées.

Placements

Les placements sont présentés à la juste valeur déterminée à partir des valeurs unitaires de fonds communs, lesquelles sont rapportées par le gestionnaire des placements concernés. Les valeurs unitaires de fonds communs sont fondées sur la valeur marchande des placements sous-jacents.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire en fonction de leurs durées d'utilisation estimatives comme suit :

Ordinateurs	5 ans
Mobilier et matériel	5 à 10 ans
Équipement de télécommunication	5 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux, qui se composent d'allocations pour améliorations locatives, de loyers gratuits et autres sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée des baux.

Dépenses du Carnet de route

Les apports à Statistique Canada liés au Carnet de route sont comptabilisés lorsque les fonds sont décaissés.

Prestations de retraite

L'évaluation actuarielle des obligations au titre des prestations constituées relatives aux prestations de retraite est fondée sur la méthode de la répartition des prestations au prorata des services qui incorpore les meilleures estimations de la direction concernant l'évolution future des niveaux de salaire, la croissance d'autres coûts, l'âge de départ à la retraite des salariés et d'autres facteurs actuariels.

Pour les besoins du calcul du taux de rendement prévu des actifs du régime, ces actifs sont évalués à leur juste valeur.

Les gains actuariels ou pertes actuarielles résultent de l'écart entre le rendement à long terme réel des actifs du régime au cours d'une période et le rendement prévu à long terme des actifs du régime pendant cette période, ou des modifications apportées aux hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer l'obligation au titre des prestations constituées. L'excédent du gain actuariel cumulé net ou de la perte actuarielle cumulée nette sur 10 % de l'obligation au titre des prestations constituées, ou sur 10 % de la

juste valeur des actifs des régimes, si ce dernier montant est plus élevé, est amorti sur la durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs. La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite agréé est de 13 ans (2009 — 13 ans). La durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs couverts par le régime de retraite complémentaire est de 12 ans (2009 — 12 ans).

Conversion des devises étrangères

Les revenus et les dépenses sont convertis aux taux de change en vigueur à la date de la transaction. Les gains et les pertes de change sont enregistrés aux revenus divers ou aux charges diverses. Les éléments d'actif et de passif monétaires libellés en devises étrangères sont convertis aux taux de change en vigueur à la date du bilan.

Utilisation d'estimations

La préparation des états financiers exige de la direction qu'elle fasse des estimations et pose des hypothèses qui ont une incidence sur les montants déclarés de l'actif et du passif, sur la présentation des éléments d'actif et de passif éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants des revenus et des dépenses déclarés au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations de la direction à mesure que des renseignements additionnels seront obtenus.

La durée de vie utile estimative des immobilisations et le montant des charges à payer, y compris les prestations de retraite constituées, sont les éléments les plus importants qui font l'objet d'estimations.

Instruments financiers

Les instruments financiers sont évalués à leur juste valeur lors de leur comptabilisation initiale, puis inscrits selon leur classement. Les espèces et quasi-espèces ainsi que les placements sont désignés comme étant détenus à des fins de transaction et évalués à leur juste valeur. Les débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses, sont classés comme des prêts et créances et comptabilisés au coût après amortissement. Les créditeurs et charges à payer sont classés sous les autres passifs financiers et sont comptabilisés au coût après amortissement. Compte tenu de la nature à court terme des débiteurs de même que des créditeurs et charges à payer, le coût après amortissement se rapproche de la juste valeur.

L'ICIS a choisi d'appliquer le chapitre 3861 du Manuel de l'ICCA, « Instruments financiers — informations à fournir et présentation », plutôt que les chapitres 3862, « Instruments financiers — informations à fournir » et 3863, « Instruments financiers — présentation ».

La direction estime que l'ICIS n'est pas exposé à un risque important de taux d'intérêt ou de crédit pouvant être attribué à ces instruments financiers.

a) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt se rapporte aux conséquences néfastes que pourraient avoir les fluctuations du taux d'intérêt sur les flux de trésorerie, la situation financière et les revenus de placement de l'ICIS.

b) Risque de crédit

Le risque de crédit représente le danger éventuel qu'une des parties à un instrument financier ne puisse faire face à l'une de ses obligations et amène de ce fait l'autre partie à subir une perte financière.

Il y a concentration du risque de crédit lorsqu'une proportion importante du portefeuille est constituée de titres présentant des caractéristiques ou des variations semblables sur le plan des facteurs économiques, politiques et autres. L'ICIS surveille régulièrement la santé financière de ses placements.

Gestion du capital

Les objectifs de l'ICIS relativement à la gestion du capital consistent à préserver sa capacité de demeurer un organisme autonome sans but lucratif pour réaliser son mandat. En vertu d'accords de contribution divers, les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux fournissent la plus grande partie des ressources en capital de l'ICIS. Les placements — Carnet de route, affectés par l'accord de l'Initiative de l'information sur la santé conclu avec le ministère fédéral de la Santé, est aussi une autre source de ressource en capital. L'ICIS gère ses programmes et ses projets dans le cadre des conditions de ces accords, notamment le financement exigé de ses régimes de prestations de retraite conformément aux règlements applicables. La direction de l'ICIS surveille son capital en examinant périodiquement diverses mesures financières, y compris les flux de trésorerie et les écarts par rapport au budget ainsi que les prévisions pluriannuelles. L'ICIS s'est conformé à l'ensemble des conditions d'origine externe.

De plus, comme il est mentionné à la note 9, l'ICIS dispose d'une marge de crédit, utilisée lorsque l'exploitation ne produit pas les flux de trésorerie suffisants pour couvrir les dépenses d'exploitation et en capital.

3. Espèces et quasi-espèces

Les espèces et les quasi-espèces sont constituées d'encaisse et de placements à court terme à des taux d'intérêt divers et venant à échéance dans un délai de moins de 90 jours (2009 — 90 jours).

4. Débiteurs

	2010	2009
	\$	\$
Exploitation	1 038 596	1 693 231
Financement — autre	476 944	1 260 362
	1 515 540	2 953 593

5. Placements — Carnet de route

Les placements consistent en une caisse en gestion commune comportant des instruments financiers à faible risque comme des CPG, des bons du Trésor et des effets de commerce.

6. Immobilisations

	2010		2009	
	Coût	Amortissement cumulé	Coût	Amortissement cumulé
	\$	\$	\$	\$
Ordinateurs	18 463 358	10 101 852	16 044 107	7 857 113
Mobilier et matériel	6 833 163	3 374 665	6 750 308	2 806 284
Équipement de télécommunication	1 640 645	931 756	1 647 225	666 508
Améliorations locatives	10 597 909	2 626 255	10 392 350	1 536 475
	37 535 075	17 034 528	34 833 990	12 866 380
Amortissement cumulé	(17 034 528)		(12 866 380)	
Valeur comptable nette	20 500 547		21 967 610	

7. Autres actifs

Les autres actifs se composent de dépôts de loyer auprès des propriétaires pour les espaces de bureau ainsi que des charges payées d'avance afférentes au soutien et à l'entretien des logiciels et des équipements.

8. Prestations de retraite constituées

L'ICIS a un régime de retraite à prestations déterminées contributif (régime de retraite agréé) qui offre aux employés un revenu de retraite annuel basé sur le nombre d'années de service et sur le salaire moyen. De plus, l'ICIS offre un montant complémentaire aux membres qui sont assujettis aux limites maximales de pension telles qu'elles sont définies par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (régime de retraite complémentaire).

L'évaluation actuarielle aux fins de capitalisation la plus récente pour le régime de retraite agréé a été préparée par le cabinet d'actuaire Mercer en date du 1^{er} janvier 2009. La prochaine évaluation sera en date du 1^{er} janvier 2010.

La juste valeur des actifs et des obligations au titre des prestations constituées aux fins comptables a été déterminée par Mercer au 31 mars de chaque exercice.

Les tableaux suivants présentent la situation de capitalisation des régimes ainsi que les montants comptabilisés dans le bilan de l'ICIS.

Les dépenses des régimes de retraite comprennent les composantes suivantes :

	2010		2009	
	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire	Régime de retraite agréé	Régime de retraite complémentaire
	\$	\$	\$	\$
Coût des services rendus, au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	1 333 200	30 000	4 093 300	49 900
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	1 963 500	24 700	1 886 400	23 800
Rendement prévu des actifs des régimes	(1 985 800)	—	(1 864 700)	—
Amortissement de l'actif transitoire	(57 700)	—	(57 700)	—
Amortissement du gain actuariel net	(429 300)	(18 000)	—	(6 000)
Dépenses des régimes de retraite	823 900	36 700	4 057 300	67 700

L'actif transitoire était de 923 357 \$ au 1^{er} avril 2000.

Les changements dans les obligations au titre des prestations constituées s'établissent comme suit :

	2010		2009	
	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$
Obligations au titre des prestations constituées, au début de l'exercice	20 395 400	275 000	27 345 600	359 200
Coût des services rendus au cours de l'exercice, déduction faite des cotisations des employés	1 333 200	30 000	4 093 300	49 900
Intérêts débiteurs sur les obligations au titre des prestations constituées	1 963 500	24 700	1 886 400	23 800
Cotisations des employés	2 327 000	—	2 119 300	—
Prestations versées	(1 539 500)	(89 400)	(538 400)	(8 300)
Perte actuarielle (gain actuariel)	16 741 700	114 400	(14 510 800)	(149 600)
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	41 221 300	354 700	20 395 400	275 000

	2010		2009	
	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$
Juste valeur des actifs, au début de l'exercice	27 583 100	—	25 425 681	—
Rendement réel des actifs	6 196 200	—	(5 203 181)	—
Cotisations de l'employeur	6 586 500	89 400	5 779 700	8 300
Cotisations des employés	2 327 000	—	2 119 300	—
Prestations versées	(1 539 500)	(89 400)	(538 400)	(8 300)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	41 153 300	—	27 583 100	—

La composition des actifs des régimes est comme suit :

	2010		2009	
	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %	Régime de retraite agréé %	Régime de retraite complémentaire %
Catégorie d'actifs				
Obligations	35	—	35	—
Actions	65	—	65	—
	100	—	100	—

L'ICIS a comptabilisé les actifs et passifs comme suit :

	2010		2009	
	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$	Régime de retraite agréé \$	Régime de retraite complémentaire \$
Obligations au titre des prestations constituées, à la fin de l'exercice	(41 221 300)	(354 700)	(20 395 400)	(275 000)
Juste valeur des actifs, à la fin de l'exercice	41 153 300	—	27 583 100	—
Situation de capitalisation — surplus (déficit), à la fin de l'exercice	(68 000)	(354 700)	7 187 700	(275 000)
Actif transitoire non amorti	(346 300)	—	(404 000)	—
Perte actuarielle (gain actuariel) nette non amortie	4 260 800	(144 000)	(8 699 800)	(276 400)
Actif (passif) au titre des prestations de retraite constituées	3 846 500	(498 700)	(1 916 100)	(551 400)

Les hypothèses actuarielles utilisées pour déterminer les coûts et les obligations au titre des prestations constituées représentent les meilleures estimations de la direction et sont comme suit :

	2010		2009	
	Régime de retraite agrée %	Régime de retraite complémentaire %	Régime de retraite agrée %	Régime de retraite complémentaire %
Coût des services rendus pour les exercices terminés le 31 mars				
Taux d'actualisation	9,00	9,00	6,25	6,25
Taux de rendement à long terme prévu des actifs	6,75	—	6,75	—
Taux de croissance de la rémunération	4,00	4,00	4,50	4,50
Obligations au titre des prestations constituées au 31 mars				
Taux d'actualisation	6,50	6,50	9,00	9,00
Taux de croissance de la rémunération	4,00	4,00	4,00	4,00

9. Dette bancaire

L'ICIS a une marge de crédit de 500 000 \$ avec une institution financière, portant intérêt au taux préférentiel. Cette facilité de crédit est garantie par un contrat de garantie générale sur tous les actifs à l'exception des systèmes informatiques. Au 31 mars 2010, une lettre de crédit de 240 600 \$ (31 mars 2009 — 230 600 \$) pour les besoins du régime de retraite complémentaire avait été émise à l'égard de la marge de crédit.

10. Crédoeurs et charges à payer

Les crédoeurs et charges à payer concernent les activités d'exploitation et comprennent, entre autres, un montant de 2 530 082 \$ (2009 — 31 422 \$) représentant l'apport annuel excédentaire reçu par Santé Canada en ce qui a trait à l'Initiative de l'information sur la santé.

11. Apports reportés

Charges d'exercices futures

Depuis 1999, Santé Canada a significativement financé dans le cadre du Carnet de route l'établissement d'un système national complet d'information sur la santé et de l'infrastructure requise pour donner aux Canadiens l'information dont ils ont besoin pour maintenir et améliorer le système de santé au Canada et la santé de la population. Les apports financiers de Santé Canada ont été reçus sous forme de paiement global direct. Le financement continue du Carnet de route ainsi que d'autres apports financiers de Santé Canada ont été consolidés dans le cadre de l'Initiative de l'information sur la santé au 1^{er} avril 2007. L'apport financier de Santé Canada est reçu annuellement selon les besoins de ressources en capital de l'ICIS.

Les apports reportés liés aux charges d'exercices futures représentent les contributions affectées non dépensées. Les variations survenues dans le solde des apports reportés — charges d'exercices futures pour l'exercice sont les suivantes :

	2010	2009
	\$	\$
Solde, au début de l'exercice	21 300 252	38 264 909
Apport reçu de Santé Canada pendant l'exercice courant	81 745 999	81 746 294
Apport à rembourser à Santé Canada	(2 530 082)	(31 422)
Revenus de placement affectés	15 719	738 367
Montant constaté comme financement — activités de ICIS	(76 129 818)	(71 912 703)
Montant constaté comme financement — ISPC	(1 409 078)	(3 415 473)
Montant constaté comme financement — Statistique Canada	—	(9 219 832)
Montant transféré aux apports reportés — immobilisations	(2 599 762)	(14 869 888)
Solde, à la fin de l'exercice	20 393 230	21 300 252

Immobilisations

Les apports reportés afférents aux immobilisations comprennent les fractions non amorties des apports affectés ayant servi à l'acquisition d'immobilisations.

Les variations survenues dans le solde des apports reportés — immobilisations pour l'exercice sont les suivantes :

	2010 \$	2009 \$
Solde, au début de l'exercice	18 435 767	6 556 939
Montant reçu au titre de l'apport de l'Initiative de l'information sur la santé	2 599 762	13 590 203
Montant transféré des apports reportés — Carnet de route	—	1 279 685
Montant constaté comme financement	(3 860 979)	(2 991 060)
Solde, à la fin de l'exercice	17 174 550	18 435 767

12. Avantages incitatifs relatifs aux baux

Les avantages incitatifs relatifs aux baux incluent les montants suivants :

	2010 \$	2009 \$
Allocations pour améliorations locatives	1 210 864	1 445 090
Avantages incitatifs sous forme de loyers gratuits et autres	1 909 398	2 155 082
	3 120 262	3 600 172

Au cours de l'exercice, aucun montant (2009 — 1 961 784 \$) n'a été reçu sous forme de loyers gratuits et autres avantages incitatifs. L'amortissement relatif aux allocations pour améliorations locatives ainsi qu'aux loyers gratuits et autres avantages incitatifs s'élève respectivement à 234 226 \$ et 245 684 \$ (2009 — 290 773 \$ et 183 874 \$ respectivement).

13. Plan de base

Le Plan de base est une série de produits et services liés à l'information sur la santé offerts aux établissements de soins de santé canadiens, aux autorités sanitaires régionales et ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont acheté le Plan de base de l'ICIS pour tous les établissements de santé dans leur secteur de compétence.

14. Financement — autre

	2010	2009
	\$	\$
Gouvernements provinciaux et territoriaux	1 362 068	1 353 391
Gouvernement fédéral	2 008 545	2 073 582
Autre	4 775	512 396
	3 375 388	3 939 369

15. Variation des éléments hors caisse
du fonds de roulement

	2010	2009
	\$	\$
Débiteurs	1 438 053	4 654 062
Charges payées d'avance	(342 321)	(516 068)
Créditeurs et charges à payer	316 705	1 282 250
Revenus reportés	3 228 183	(197 292)
	4 640 620	5 222 952

16. Opérations entre apparentés

Le Conseil de l'ISPC est un sous-comité du Conseil d'administration de l'ICIS. Il est formé de spécialistes de renom en recherche et en politique dans le domaine de la santé de la population. Dans le cadre de son mandat, le Conseil de l'ISPC a revu les demandes de projets de recherche et a recommandé le financement de projets de recherche. Pour certains projets de recherche, des membres du Conseil de l'ISPC ou du Conseil d'administration de l'ICIS sont apparentés directement ou indirectement aux demandeurs ou aux organismes bénéficiaires. Le Conseil de l'ISPC et le Conseil d'administration de l'ICIS ont tous deux adopté une politique sur les conflits d'intérêts qui régit de telles situations. Ces opérations ont lieu dans le cours normal des activités et sont évaluées à la valeur d'échange, qui est le montant de la contrepartie établie et acceptée par les demandeurs ou les organismes bénéficiaires apparentés.

Les dépenses relatives aux projets de recherche pour lesquels les demandeurs ou les organismes bénéficiaires étaient apparentés aux membres du Conseil de l'ISPC ou du Conseil d'administration de l'ICIS représentent 435 482 \$ (2009 — 380 220 \$). À la fin de l'exercice, les montants à payer aux demandeurs ou organismes bénéficiaires étaient de 119 105 \$ (2009 — 134 464 \$).

17. Engagements

L'ICIS loue des espaces de bureau en vertu de différents contrats de location-exploitation, et les baux se terminent à différentes dates. De plus, l'ICIS a pris des engagements en vertu d'un certain nombre d'ententes pour les contributions à la recherche, les contrats professionnels et le soutien et l'entretien des logiciels et de l'équipement. Les montants minimaux à déboursier pour les cinq prochains exercices et par la suite sont les suivants :

	\$
2011	12 840 314
2012	9 497 893
2013	8 745 012
2014	8 741 596
2015 et par la suite	26 550 849

18. États financiers comparatifs

Les états financiers comparatifs ont été reclassés par rapport aux états présentés auparavant afin qu'ils soient conformes à la présentation des états financiers de l'exercice.

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-55465-798-8 (PDF)

© 2010 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Au cœur des données sur la santé — rapport annuel 2009-2010 de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.

This publication is also available in English under the title *Connecting Canada's Health Data—Canadian Institute for Health Information Annual Report, 2009–2010*. ISBN 978-1-55465-797-1 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-461-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Edmonton

10235, rue 101 Nord-Ouest, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1
Téléphone : 780-409-5438

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information